



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
2019

Faculté de Médecine de Nancy

N° de thèse :

Thèse

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par ANDRÉ Céline

Le 14 mars 2019

**Mise en place et évaluation d'un accès aux soins réservé aux
étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale de Lorraine.**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président du Jury

Monsieur le Professeur Marc BRAUN

Membre du Jury

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Membre du Jury

Madame la Professeure Marie MACHOUART

Membre du Jury

Monsieur le Docteur Cédric BERBE

Directeur de thèse et Membre du Jury



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude
CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE -
Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean
FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard
HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre
MALLIÉ
Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel
MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude
PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul
VERT

Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO, Président de thèse,
PU-MG
Directeur du DMG
Coordonnateur local et régional du DES de Médecine Générale
UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour votre disponibilité et votre accompagnement, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marc BRAUN,
Doyen de la Faculté de Médecine,
PU-PH d'anatomie (option clinique), radiologie et imagerie,
Chevalier de l'ordre de la palme académique,
Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine.

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. J'ai pu apprécier au cours de ma formation la qualité de vos enseignements. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
PU-PH en Pédiopsychiatrie,
UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Madame la Professeure Marie MACHOUART,
PU-PH en Immuno-Pathogénicité, Parasitologie, et Mycologie,
UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine.

Merci de l'intérêt porté à cette thèse et d'avoir pu vous rendre disponible pour juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ,
Médecin Généraliste,
Maître de Conférences Associé,
Département de Médecine Générale,
Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail, pour tous vos conseils, votre disponibilité, et pour m'avoir aidé à voir plus grand pour ce projet. Soyez assuré de ma gratitude.

Aux médecins membres du réseau,
Les Docteurs BRAUER Mathieu, CANTON Antoine, CANTON Valérie, DEMMERLE-
KAISER Josette, FAU Marie-Laurence, FANJEUX Jean-Charles, Dr GALANTE
Myriam, HEID Géraldine, JACQUES Mélanie, LEROY Benoît, POYETON Thierry et
THOMAS Jean-Luc,

Sans qui ce projet n'aurait jamais pu voir le jour, merci infiniment de votre participation et de votre confiance. Soyez assurés de ma gratitude.

A mes parents, sans qui je n'aurais jamais réussi : merci pour votre soutien sans faille, les valeurs et l'amour que vous m'avez toujours transmis, sans quoi je ne serai pas là où je suis aujourd'hui.

A Arnaud, mon amour, mon meilleur ami, ma force au quotidien. Merci de ta patience, d'avoir toujours cru en moi et d'être à mes côtés chaque jour.

A ma belle-famille Simon, Simone et Philippe, ma deuxième famille, merci de m'avoir accueillie comme l'une des vôtres et de m'avoir toujours soutenue. J'aurais tant aimé que Philippe soit là avec nous, avec sa bonne humeur si communicative.

Au reste de ma famille, merci pour votre soutien et tous ces bons moments que nous partageons ensemble.

A mes Loutres nancéennes, Valentine et Juliette, l'internat n'aurait jamais été faisable sans vous à mes côtés, merci d'avoir toujours été là pour moi, de votre aide dans ce travail et surtout d'être des amies aussi géniales.

A mes Loutres expatriées, Marina, Pauline et Ariane, merci pour tous ces fous rires, ces soirées étudiantes, vos câlins loutres, et pour tous ces moments de bonheur à vos côtés et ceux encore à venir.

A Asma et Julien, merci pour votre bonne humeur, et d'avoir été toujours là pour moi dans les bons moments comme les plus difficiles.

Aux spinaliens, à mes « vieux » amis, si précieux. Malheureusement on se voit peu, mais à chaque fois c'est comme si l'on s'était quitté hier.

Aux internes de médecine générale de Nancy, merci de votre participation à ce travail, j'espère que ce projet pourra profiter à chacun.

A toute l'équipe médicale et paramédicale des Urgences de Neufchâteau, je ne vous oublierai jamais. Merci de votre gentillesse, des enseignements que vous m'avez apportés et de votre bonne humeur.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et

je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Introduction.....	14
Matériel et méthodes	18
1) Type d'étude et population étudiée.....	18
2) Recrutements des médecins membres du réseau	18
3) Recrutement des internes.....	19
4) Recueil des données.....	19
5) Analyse des données	20
Résultats	21
1) Connaissance du réseau, utilité et intention de consulter	21
2) Nombre de consultations réalisées via le réseau et recours aux soins des internes.....	22
3) Retours des membres du réseau.....	24
Discussion.....	25
1) Analyse des résultats	25
a. Connaissance du réseau, utilité et intention de consulter	25
b. Nombre de consultations réalisées via le réseau et recours aux soins des internes.....	27
c. Retour des médecins membres du réseau	30
d. Analyse en sous-groupe hommes-femmes	30
e. Comparaison à la littérature	31
2) Limites et biais de l'étude	31
a. Relatif à la population.....	31
b. Secondaire au recueil de données.....	32
c. Relatif à l'organisation du réseau	33
Conclusion.....	34
Bibliographie.....	35
Annexes	37
1) Communications aux internes.....	37
2) Questionnaires aux internes	39
3) Recommandations aux auteurs de la revue Exercer	42
4) Revue narrative de la littérature : prérequis à la thèse	43
5) Permis d'imprimer	91
Résumé	92

LISTE DES ABREVIATIONS

- DES : Diplôme d'Etude en Santé
- DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- DMG : Département de Médecine Générale
- ISNI : Inter Syndicale Nationales des Internes
- ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- RAOUL : Rassemblement AutOnome Unifié Lorrain des internes de médecine générale

Ce travail de thèse a été rédigée sous forme d'article, selon les recommandations aux auteurs de la revue *Exercer*, est a été soumise à publication le 3 février 2019.

Introduction

Les internes de médecine sont une population bien spécifique : ce sont des étudiants encore en formation, pour la plupart assez jeunes, mais pourtant déjà médecins et jouissant du droit à la prescription. Ils ont un temps de travail important, ainsi que des gardes de nuits et de weekends à réaliser, et ont en conséquence, peu de temps libre disponible.

Leur santé a été l'objet de nombreux travaux de thèses ces 15 dernières années. Suite à la médiatisation des conditions de travail des internes, et également à plusieurs cas de suicide, la santé mentale et le burn-out ont été largement étudiés. On retrouve beaucoup d'études régionales, notamment dans le cadre de travaux de thèse, qui affichent des chiffres alarmants concernant la prévalence de l'épuisement professionnel.(1)(2)(3)(4)

Mais il existe également des études nationales comme par exemple celles réalisées par les divers syndicats nationaux des internes de médecine, comme l'ISNI et l'ISNAR-IMG.

Ils ont réalisé par exemple une enquête nationale en 2017 auprès des internes et jeunes médecins français, qui a rapportée la présence de troubles anxio-dépressifs ainsi que des idées suicidaires nettement supérieurs à la population générale.(5)

D'autres études sur les internes portant sur leurs consommations de toxiques par exemple, indiquent également des chiffres supérieurs à la population générale, notamment concernant la consommation d'alcool et de cannabis selon l'étude de Herault J chez les internes d'Angers et de Lyon (6).

Cependant, la santé des internes ne s'arrête pas uniquement à leur santé mentale ou à leurs risques professionnels à part entière. Beaucoup moins de travaux explorent la santé globale des internes, et encore moins leurs moyens de recours et de consommation de soins primaires.

La prise en charge de leur propre santé et de leur suivi médical est globalement insatisfaisante.

Les internes ne s'estiment pas en mauvaise santé par rapport à la population générale mais se savent être moins bien suivis, comme le démontre le travail de Ridet O. (7) sur 128 internes de Poitiers où 93% d'entre eux se déclaraient en bonne santé mais 57 % s'estimaient moins bien suivis sur le plan médical depuis qu'ils sont internes.

On peut enfin s'intéresser à la manière dont les internes prennent en charge leurs problèmes de santé. Car si une bonne partie des internes ont un médecin traitant déclaré, ils ne le consultent que rarement. Dans l'étude de Delahaye V. (8) en Picardie en 2016, 76% des internes avaient un médecin traitant. Mais 71% d'entre eux ne l'ont pas consulté dans l'année et seulement 39% réalisaient le parcours de soins patient via le médecin traitant pour rencontrer un spécialiste.

Alors comment un interne fait-il quand il a un problème de santé ?

En 2013 Le Quintrec T. (9) a travaillé à répondre à cette question en étudiant les internes d'Angers, et retrouve que 60% des internes considéraient leur suivi mauvais ou insuffisant, et pour cause : en 3 ans d'internat 50% des internes n'avaient jamais consulté un médecin généraliste. Quand ils avaient la crainte de souffrir d'un problème grave de santé, seulement 20% d'entre eux consultaient un médecin généraliste. Le plus souvent ils demandaient un avis à un collègue ou un maître de stage, voire géraient eux-mêmes le problème.

Alors pourquoi les internes ne vont-ils pas consulter un confrère quand ils ont un problème de santé ?

La thèse de Delahaye V. (8) a analysé les retours et remarques des internes à ce sujet et fait ressortir que les internes attribuaient leur manque de suivi tout d'abord à un manque de temps pour aller à une consultation, et donc incriminaient les horaires de consultations incompatibles avec leur emploi du temps, mais ils avouaient volontiers passer leur santé au second plan, et enfin largement pratiquer l'automédication : dans cette étude, il ressortait que 76% des internes souffrant d'une maladie chronique nécessitant un traitement de fond se l'auto-prescrivaient.

Pourquoi cette pratique de l'automédication ? Celle-ci est pratiquée par la plupart des patients, visant à soigner des petits maux de tous les jours. Mais comme relaté ci-avant les internes l'utilisent à d'autres fins : prescription de traitements de fonds mais également prescriptions d'examens complémentaires ou traitement curatifs. Environ 85% des internes d'Angers y auraient déjà eu recours(9) et 60% des internes Parisiens(10). Dans l'étude qualitative de Paillard M(11) réalisée à Nantes en 2016, plusieurs déterminants de cette pratique de l'automédication et de l'auto-prescription ont été mis en lumière. Les principaux motifs invoqués étaient le manque de temps pour consulter, comme déjà cité plus haut, mais aussi la mobilité géographique du fait des stages. Enfin d'autres raisons plus personnelles comme la peur de la maladie, la tendance à la minimisation de ses propres symptômes et le manque de confiance envers d'autres confrères étaient également citées.

Ce genre de problématiques de confiance entre confrères et de difficultés à passer du statut de médecin à patient, est également un frein au suivi médical des internes : à Angers 33,6 % des internes se sentaient gênés de consulter un confrère pour un problème qu'ils estimaient pouvoir prendre seuls en charge, et 47,1% éprouvaient des difficultés à se positionner comme patient.

Enfin il existe cet adage, ce culte du héros déjà inculqué aux internes, qu'un médecin n'est jamais malade. Comment pourrait-il fermer son cabinet pour maladie alors que des patients ont besoin de lui ?

On le retrouve dans la thèse de Mousnier-Lompre réalisée d'après l'étude de 153 internes à Paris 6 en 2012(10) : 43% des internes avaient le sentiment de ne pas pouvoir s'absenter pour maladie car ils avaient le sentiment que ce serait mal perçu, au regard du manque d'internes, et développaient de ce fait un sentiment de culpabilité.

Quelles structures pourraient pallier à ce manque de consultation à un médecin traitant, un confrère ?

Il n'existe pas de structures de soins spécifiques aux internes. L'étude menée par le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2016(12) auprès de 8000 étudiants en médecine et jeunes médecins révèle bien l'insuffisance des systèmes déjà en place.

L'étude confirme que la médecine Universitaire est surtout missionnée de prévention pour les plus jeunes et la médecine du travail est quasi inexistante dans leur suivi : 36% des répondants seulement avaient rencontré la médecine Universitaire, ou du travail, au cours des deux dernières années. En analyse en sous-groupes, si l'on retient uniquement les répondants jeunes médecins, ce chiffre tombait à 22% seulement, contre 47% des étudiants en second cycle.

Enfin il existe plusieurs numéros d'appel à l'intention des médecins et des internes, mais ils sont généralement uniquement dédiés au soutien d'un confrère en détresse psychologique.

Du fait de la complexité de la prise en charge médicale de tous ces jeunes médecins, et en tenant compte des multiples problématiques soulevées dans les différents travaux cités ici, nous avons tenté de mettre en place un réseau de soins ambulatoires composé de médecins généralistes dans notre région. Ce réseau est spécifique à cette population afin de faciliter l'accessibilité aux soins des internes et de promouvoir ainsi un suivi médical pour tous.

L'objectif principal de cette étude était de quantifier la fréquence de consultation de médecine générale via un accès spécifique pour les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale de Lorraine.

Les objectifs secondaires étaient d'estimer leur recours et leurs besoins en soins primaires d'après un questionnaire de satisfaction des internes, ainsi que de préciser les motifs de consultations et le profil des internes de médecine générale ayant consulté le réseau à l'aide d'un recueil épidémiologique anonyme auprès des médecins membres du réseau.

Matériel et méthodes

1) Type d'étude et population étudiée

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale monocentrique quantitative anonymisée par questionnaires.

Elle a été réalisée auprès des étudiants de 3ème cycle de médecine générale de Lorraine des 3 années confondues.

Le critère de jugement principal retenu est le nombre de consultations réalisées via le réseau.

2) Recrutements des médecins membres du réseau

D'après les listes des postes de stages hospitaliers et ambulatoires proposés aux répartitions des internes, une simulation d'itinéraires via le site internet spécialisé Mappy a été réalisée afin de définir les villes permettant une consultation à moins de 45 minutes en voiture pour l'ensemble des internes en stage.

Au total 10 villes ont été retenues, et nous avons choisi de recruter un praticien par ville sauf à Nancy où 3 praticiens nous paraissaient nécessaires au vu du nombre potentiellement plus élevé de consultations.

Les médecins ont été recrutés par téléphone. Ils pouvaient être MSU mais ne devaient pas être responsable d'enseignements à la faculté au DMG afin de diminuer l'appréhension des étudiants à les consulter. Ils devaient accepter que leur adresse email soit transmise aux étudiants afin de faciliter la communication directe et la prise de rendez-vous.

Le choix des médecins membres recrutés a été fait sur les conseils de membres du DMG.

Chaque membre du réseau a reçu par email un mode d'emploi résumant les conditions déjà citées ainsi qu'une fiche de recueil épidémiologique anonymisée à remplir dès lors qu'un interne venait les consulter.

3) Recrutement des internes

Un email envoyé à l'ensemble des étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale de Lorraine par le DMG comportait la liste avec les coordonnées des médecins membres du réseau et une explication de notre projet.

Le réseau a été appelé Accès aux Soins Ambulatoires Pour les Internes de Médecine Générale (ASAP'IMG) et une adresse email du réseau a été créé pour permettre un contact direct avec les internes et répondre à leurs éventuelles questions.

Une communication orale aux répartitions de stages a été réalisée ainsi qu'une distribution de flyers.

Enfin, via les réseaux sociaux une relance a été réalisée quelques mois après la communication orale.

4) Recueil des données

Un avis auprès du CPP Est a été réalisé par email : étant donné l'anonymat des données, un avis favorable a été émis à notre recueil.

Lors des répartitions de stage d'été puis d'hiver, des questionnaires ont été distribués aux étudiants.

Un premier questionnaire a été remis aux internes afin de tester leur connaissance du réseau ainsi que leur intention de consulter.

Puis un questionnaire de satisfaction leur a été distribué 6 mois plus tard afin d'évaluer leur utilisation du réseau et leur recours en soins primaires.

En parallèle, un questionnaire de satisfaction auprès des médecins membres du réseau a également été réalisé ainsi qu'un recueil épidémiologique comportant l'âge, le genre et le motif des consultations des internes reçus dans le cadre du réseau.

L'ensemble des recueils de données s'est donc effectué entre le 26 février 2018 et le 10 décembre 2018.

Ce calendrier intégrant le changement d'année scolaire entre les deux recueils de données, engendre donc une perte de population : les étudiants de médecine générale en 3^{ème} année de DES ne sont plus internes lors du deuxième questionnaire et n'ont donc pas pu être interrogés, et les futurs étudiants en 1^{ère} année de DES de médecine générale ne sont pas encore internes au moment du recueil et n'ont donc pas pu utiliser le réseau ASAP'IMG : ils ont donc été exclus de notre étude.

5) Analyse des données

Les données extraites des questionnaires ont été analysées puis exploitées sur feuille de calcul Microsoft Excel.

Les réponses jugées incohérentes, mal remplies ou non lisibles ont été classées en « non interprétables » et les blancs classés en « pas de réponse ».

L'analyse statistique p , avec un seuil de significativité fixé à 0,05, a été réalisée par test de Student avec Jasp 2.

Résultats

1) Connaissance du réseau, utilité et intention de consulter

Au total 178 questionnaires ont pu être analysés sur 577 étudiants inscrits en 3^{ème} cycle de médecine générale, soit 30,8 % de taux de réponse.

- 61,79 % des répondants connaissaient le réseau ;
- 76,4 % des répondants considéraient ce réseau utile ;
- 26,4 % avaient l'intention de consulter le réseau ;
- 66,8 % n'avaient pas d'intention de consulter.

Promotions	1ères années	2ème et 3ème années	3ème années ambulatoires	TOTAL
Connait le réseau :				
OUI	6	77	27	110
NON	4	50	10	64
Pas de réponse	0	0	0	0
Non interprétable	0	4	0	4
Moyen de connaissance :				
Email	6	45	21	72
Flyers	0	3	0	3
Bouche à oreilles	0	14	5	19
Annonce en amphithéâtre	0	28	1	29
Non interprétable	0	10	2	12
Utilité :				
OUI	6	102	28	136
NON	0	4	1	5
Pas de réponse	4	25	8	34
Intention de consulter :				
OUI	3	41	3	47
NON	7	78	34	119
Pas de réponse	0	3	0	3
Non interprétable	0	9	0	9
OUI, pour :				
Soutien psychologique	1	8	1	10
Vaccins	0	12	2	14
Médecine générale	3	29	3	35
Dépistage	0	7	1	8
Suivi gynécologique	1	9	0	10

Sevrage tabagique	1	3	0	4
Autres :	0	5	0	5
Non interprétable	0	6	0	6
NON, car :				
Pas le temps	0	9	2	11
Pas besoin	5	66	23	94
Trop loin	1	1	4	6
Pas confiance	0	1	1	2
Autres :	1	7	7	15
Ont déjà un suivi	1	4	6	11
Non interprétable	0	5	0	5
TOTAL				
questionnaires	10	131	37	178
recueillis				

Tableau 1 : données du questionnaire numéro 1 de connaissances aux internes

2) Nombre de consultations réalisées via le réseau et recours aux soins des internes

Au total 158 questionnaires ont été récupérés puis analysés. Notre population était composée à 69,6 % de femmes et à 30,4 % d'hommes. La moyenne d'âge était de 26 ans.

- 2 femmes ont déclaré avoir consulté le réseau ;
- 98,7 % des internes ont déclaré ne pas avoir consulté le réseau ;
- 49 % des répondants n'ont consulté aucun médecin ;
- 30 % déclarent avoir consulté un médecin généraliste dans l'année et 25 % un spécialiste.

Promotions	2ème années	3ème années	3ème années ambulatoires	TOTAL
Genre :				
Homme	27	14	7	48
Femme	52	36	22	110
Age :				
25	14	2	2	18
26	25	3	8	36
27	6	10	6	22
28	4	2	4	10
29	2	3	4	9
30	1	2	0	3
31	1	0	1	2
32	0	1	0	1
34	0	1	0	1
35	0	0	1	1
36	0	1	0	1
37	1	0	0	1
42	1	0	0	1
Pas de réponse	21	25	3	49
				Moyenne = 26,26
Consultation :				
OUI	1	1	0	2
Dont femmes	1	1	0	2
Dont hommes	0	0	0	0
NON	78	49	29	156
Dont femmes	51	35	22	108
Dont hommes	27	14	7	48
Motifs de non consultation :				
Pas le temps	9	1	4	14
Pas besoin	48	31	17	96
Trop loin	1	2	0	3
Pas confiance	0	0	0	0
Autres	22	14	8	44
Consultation autres :				
NON	38	30	10	78
Dont femmes	23	20	5	48
Dont hommes	15	10	5	30
OUI, avec un médecin généraliste	29	11	8	48
Dont femmes	21	9	6	36
Dont hommes	8	2	2	12

OUI, avec un médecin spécialiste	20	8	12	40
Dont femmes	16	7	12	35
Dont hommes	4	1	0	5
Autres	3	1	0	4
Satisfaction du délai :				
OUI	1	1	0	2
NON	0	0	0	0
Satisfaction de la distance :				
OUI	1	0	0	1
NON	0	1	0	1
Nouvelle consultation ?				
OUI	0	0	0	0
NON	1	1	0	2
TOTAL réponses	79	50	29	158

Tableau 2 : données du questionnaire numéro 2 de satisfaction aux internes

3) [Retours des membres du réseau](#)

2 médecins membres ont déclaré avoir reçu en consultation des internes via le réseau : un à Nancy, un à Metz : 2 femmes, aucun homme n'a consulté.

Un motif de consultation était la médecine générale, l'autre motif est inconnu.

11 des médecins membres du réseau ont souhaité poursuivre leur participation.

1 n'a pas désiré répondre au questionnaire.

Discussion

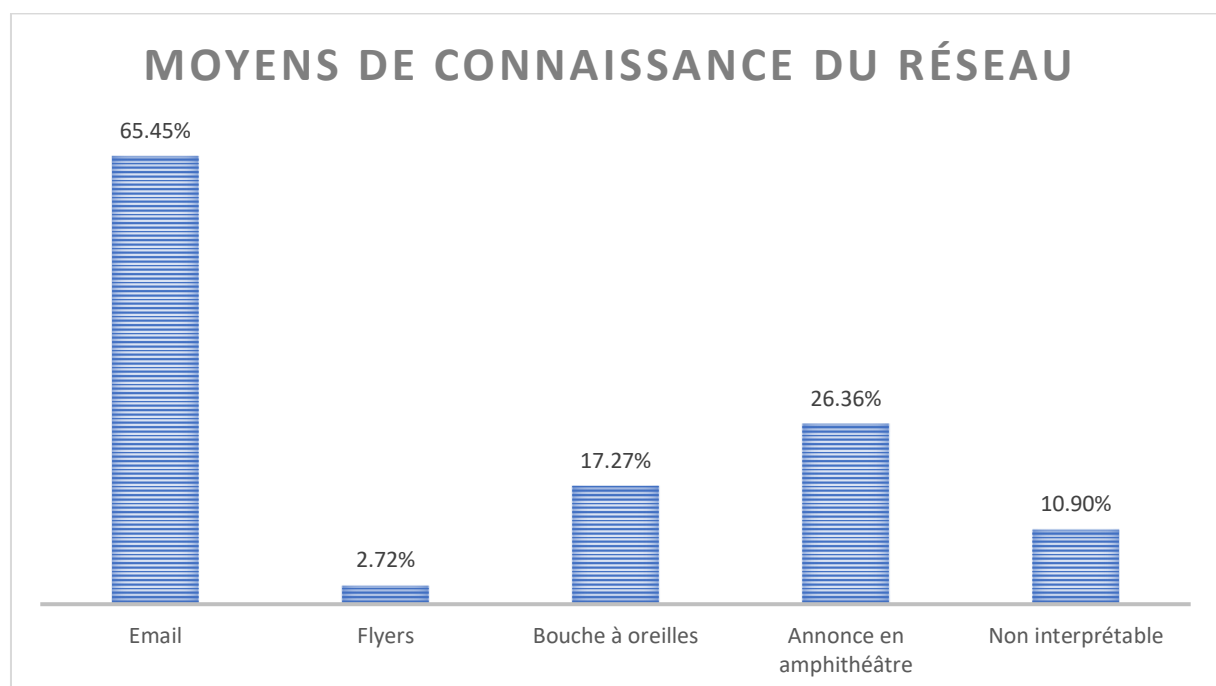
1) Analyse des résultats

a. Connaissance du réseau, utilité et intention de consulter

D'après les données du premier questionnaire, 76,4 % des internes interrogés pensent que ce réseau de soins ambulatoires pour les internes de médecine générale leur serait utile contre seulement 5 % qui le considèrent inutile.

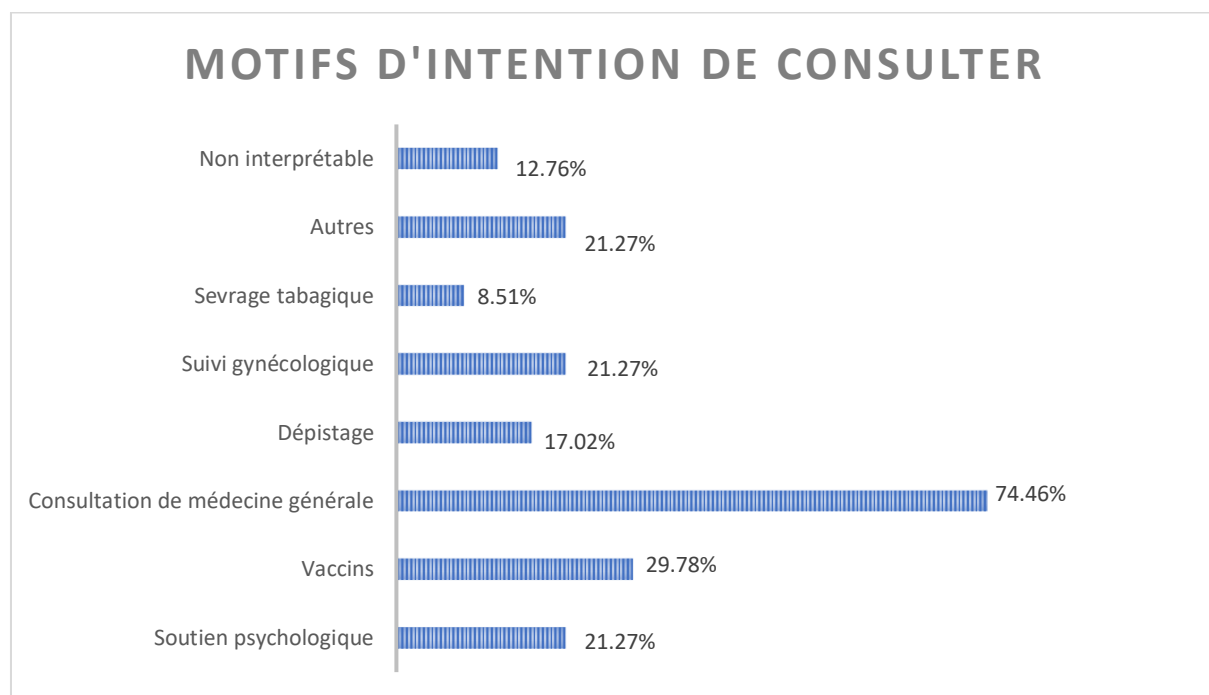
La connaissance du réseau était globalement bonne car 62 % des internes de médecine générale de Lorraine ont déclaré connaître le réseau.

Le moyen de communication auprès des internes afin de faire connaître le réseau le plus efficace a été l'email adressé aux internes par le DMG, suivi des annonces en amphithéâtre.



Graphique numéro 1 : pourcentages des moyens de prise de connaissance du réseau des internes ayant déclaré connaître notre réseau.

Plus d'un quart des internes interrogés ont déclaré avoir l'intention de consulter un membre du réseau. Dans l'analyse de ce sous-groupe, le motif principal motivant un recours aux soins est la consultation de médecine générale à près de 75 %, suivi par la mise à jour des vaccinations pour environ 30 %, puis du suivi gynécologique ainsi que le soutien psychologique.

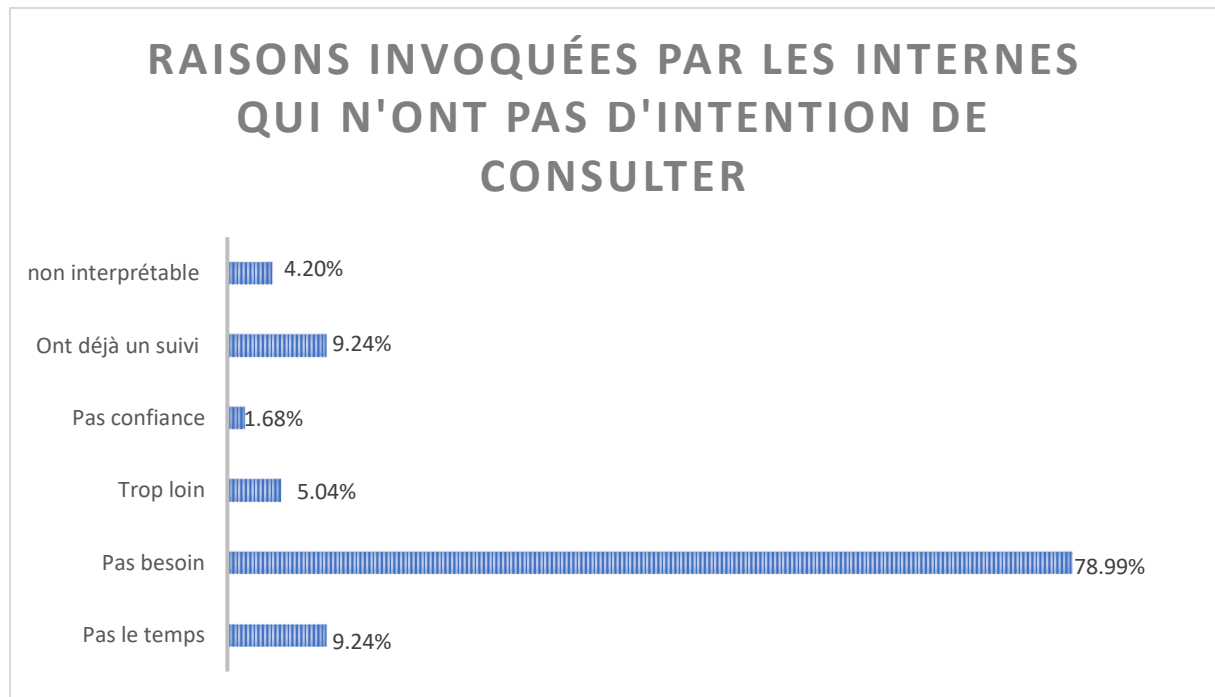


Graphique numéro 2 : pourcentages des différents motifs d'intention de consulter des internes.

66 % des internes interrogés ont déclaré ne pas avoir d'intention de consulter.

A l'analyse de ce sous-groupe, on retrouve une large majorité d'entre eux qui estime ne pas avoir besoin de consulter. La plupart étant de jeunes adultes ayant accès à l'automédication et à l'auto-prescription, ce pourcentage n'est donc pas étonnant.

On peut cependant souligner que près de 10 % des internes interrogés estiment de pas avoir le temps de consulter, et enfin qu'également, 10 % déclarent déjà bénéficier d'un suivi en médecine générale.



Graphique numéro 3 : pourcentages des motifs des internes n'ayant pas l'intention de consulter lors du 1^{er} questionnaire.

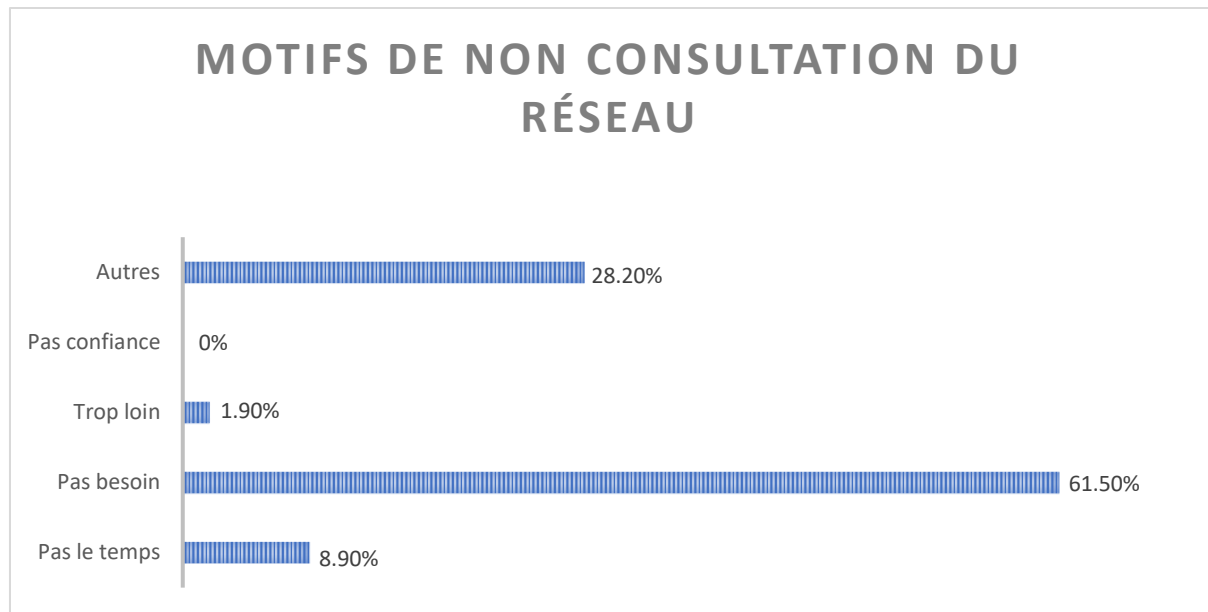
b. Nombre de consultations réalisées via le réseau et recours aux soins des internes

La population étudiée était majoritairement féminine à 69,6 % et l'âge moyen était de 26,2 ans.

Au vu de la féminisation de la profession et donc du pourcentage majoritaire de femmes dans les promotions de médecine notre échantillon est d'allure superposable à la population étudiée.

D'après les données recueillies lors du deuxième questionnaire, deux internes de sexe féminin ont déclaré avoir consulté un membre de notre réseau.

Les motifs invoqués par les internes qui n'ont pas consulté sont assez similaires au premier questionnaire : une large majorité déclare ne pas avoir besoin de consulter, un peu moins de 10 % n'ont pas le temps. 28 % ont déclaré un autre motif, majoritairement la méconnaissance du réseau, qui est stable par rapport au premier questionnaire (environ 30 %).



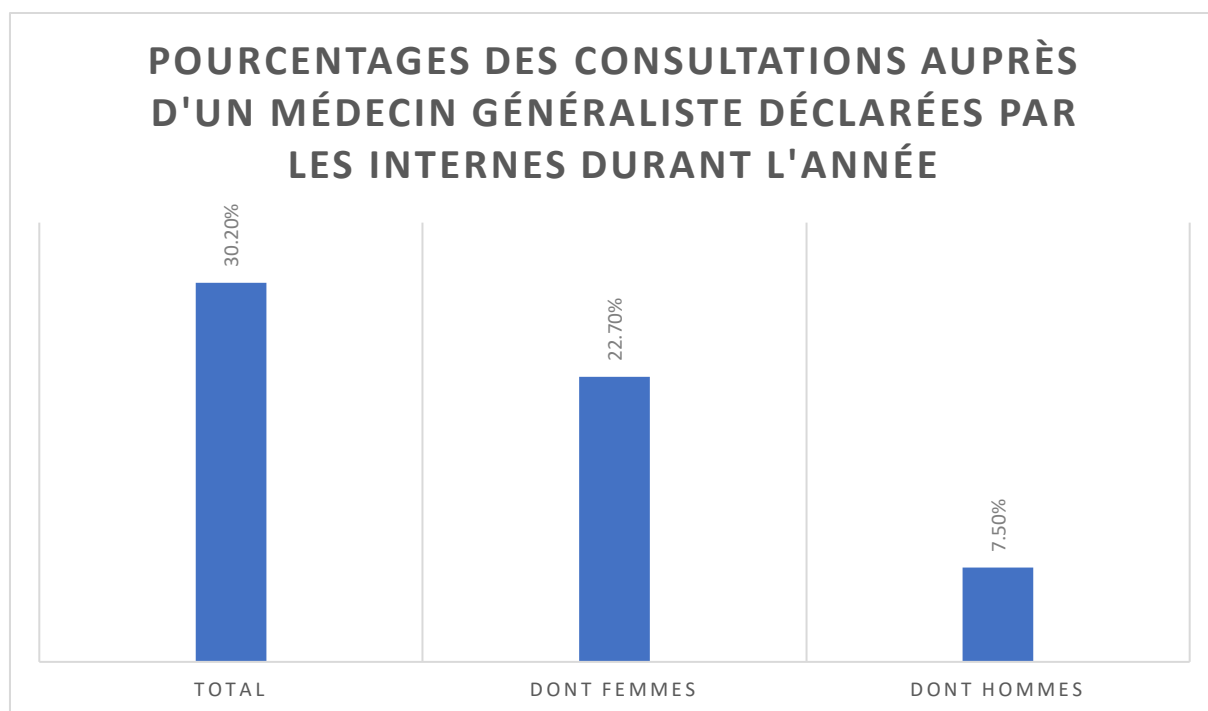
Graphique numéro 4 : pourcentages des motifs des internes n'ayant pas l'intention de consulter lors du 2^{ème} questionnaire.

En dehors des consultations réalisées dans le cadre de notre réseau, nous avons voulu savoir si les internes avaient eu recours aux soins et de quelle manière ils y ont eu recours : près de la moitié des internes, 49 %, déclarent n'avoir consulté aucun médecin dans l'année.

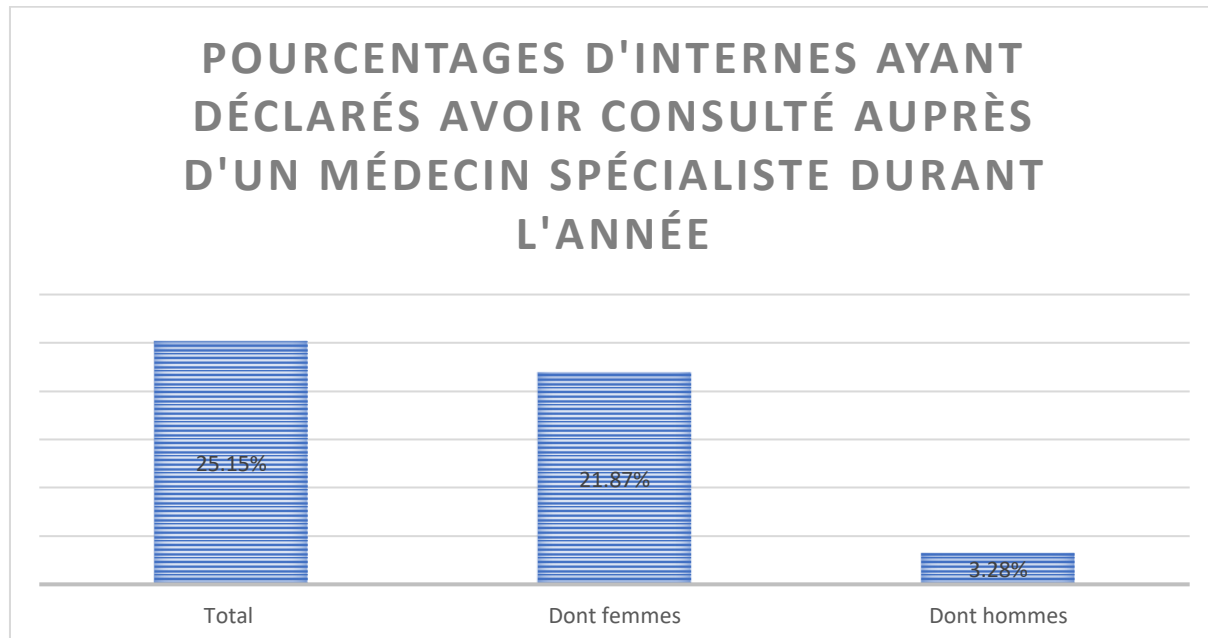
En revanche, 30 % déclarent avoir consulté un médecin généraliste dans l'année et 25 % un spécialiste.

Comme le montre les graphiques ci-dessous, les femmes ont majoritairement consulté par rapport aux hommes :

- 32 % des femmes de notre étude ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste contre 25% des hommes.
- 32 % des femmes de notre population ont déclaré avoir consulté un spécialiste, et seulement 10 % des hommes.



Graphique numéro 5 : pourcentages d'internes ayant déclaré avoir consulté un médecin généraliste, et subdivision par genre.



Graphique numéro 6 : pourcentages d'internes ayant déclaré avoir consulté un médecin spécialiste, et subdivision

c. Retour des médecins membres du réseau

91 % des médecins membres du réseau sont d'accord pour poursuivre leur participation au réseau après un peu moins d'un an.

Seulement 2 d'entre eux auraient été sollicités par des internes en consultations.

Cependant l'un des deux n'a pu nous transmettre le profil complet du patient.

De plus, 1 médecin n'a pu répondre au questionnaire.

d. Analyse en sous-groupe hommes-femmes

On observe une différence de fréquence de consultations entre hommes et femmes : les femmes consultent environ 3 fois plus que les hommes dans notre étude. Cependant la différence est non significative statistiquement concernant les consultations de médecine générale ($t=2.717$; $p= 0,073$) car notre population étudiée est à prédominance féminine.

Si l'on rapporte les nombres de consultations sur le nombre total de femmes d'une part et des hommes d'autre part on retrouve que 32 % des femmes ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste, et 25% des hommes.

En revanche concernant les consultations auprès d'un médecin spécialiste, 32 % des femmes ont déclaré en avoir consulté un, et seulement 10 % des hommes : on peut imaginer que cette différence de recours au spécialiste soit dû au fait que les femmes consultent régulièrement des gynécologues.

Mais là aussi, statistiquement on ne retrouve qu'une tendance sans significativité ($t=2,887$; $p= 0,063$).

La population de cette étude était donc majoritairement féminine à 69,6 % : cependant il existe une féminisation de la profession et selon la dernière étude DRESS sur les affectations après les Epreuves Classantes Nationales (13), 55 % des internes étaient des femmes en 2016.

e. Comparaison à la littérature

Ces résultats concordent avec d'autres études réalisées en France auprès d'internes en médecine ces dernières années :

- Dans les travaux de Ridet O (7) réalisés auprès d'internes en médecine générale de Poitiers en 2012-2013 : 39% d'internes ont déclaré avoir consulté, mais seulement 18% des consultations auraient été réalisées auprès d'un médecin généraliste.
- Le Quintrec T, en 2012, a interrogé 119 internes du DES de médecine d'Angers (9) : 49,6% des internes ont consulté un médecin généraliste durant l'internat, donc sur 3 ans, et on retrouvait également une prédominance féminine avec 58,3 % des consultations réalisées par des femmes ;
- Delahaye V, en 2014, a étudié les internes de médecine en DES d'Amiens : 28,8 % d'entre eux ont consulté un médecin généraliste dans l'année ;
- Cependant en comparaison avec la population générale, selon l'étude DRESS 2010 (14), plus de 80 % des 26-34 ans déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année, et en moyenne ils réalisent 3 à 4 consultations par an.

Les internes en médecine consultent donc environ deux fois moins que la population générale.

2) Limites et biais de l'étude

a. Relatif à la population

Malheureusement, il existe une perte de population étudiée lors du deuxième questionnaire relatif au changement d'année scolaire entre les deux :

- Les troisièmes années au premier questionnaire n'étaient plus internes au deuxième questionnaire, et n'ont donc pas été interrogés ;
- Les premières années n'étaient pas encore internes et n'avaient pas eu connaissance de l'étude, ils ont donc été exclus de l'étude.

Ensuite, tous les internes n'étaient pas présents au moment de la distribution des questionnaires, le taux de réponse en est donc impacté et est d'environ 30 %.

Ce taux de réponse a été calculé à partir du nombre total d'étudiants de médecine générale inscrits à Nancy, soit 577, et cela inclut également les internes ayant terminé leur cursus et non thésés, donc non présents aux répartitions.

Le taux de connaissance était bon au premier questionnaire (62 %), mais l'était sûrement un peu moins au deuxième car en remarque, notamment à l'analyse des questionnaires remplis par les deuxièmes années, environ 30 % ont déclaré un motif « autre » de non consultation en justifiant bien souvent la méconnaissance du réseau.

L'analyse statistique ne retrouve pas de chiffres significatifs probablement du fait d'un manque de puissance de notre étude, une étude avec un échantillon plus important serait donc intéressante à réaliser.

Enfin, la population étudiée a été limitée aux étudiants uniquement de troisième cycle de médecine générale.

b. Secondaire au recueil de données

Une fiche de recueil épidémiologique avait été proposée aux médecins membres du réseau mais malheureusement aucun d'entre eux ne l'a remplie. Le recueil s'est donc effectué par téléphone mais il existe tout de même un biais de déclaration car les médecins ne se souvenaient pas de l'ensemble des données et tous n'ont pas répondu.

Ensuite, à la distribution du premier questionnaire aux premières années le taux de réponse a été très faible.

c. Relatif à l'organisation du réseau

Les médecins membres ont été choisis afin de faciliter les consultations selon certains critères, notamment géographique mais aussi nous avons décidé de ne pas choisir de médecins impliqués dans le cursus universitaire des internes comme les responsables d'enseignements ou assesseurs...etc. Afin de ne pas freiner les consultations. Mais les médecins membres sont en partie maître de stage universitaire, et sont donc potentiellement d'anciens praticiens des internes.

Cela a donc pu limiter les consultations.

Une adresse email a été créée, dans un premier temps pour communiquer avec les médecins du réseau et également avec les internes.

Via cet email, les étudiants nous ont contactés à plusieurs reprises :

- Il a été rapporté par un étudiant qu'un secrétariat d'un médecin membre avait refusé de lui accorder un rendez-vous : certains médecins ne prenant plus de nouveau patient excepté les internes du réseau, un défaut de communication auprès de leur secrétariat a pu engendrer un défaut de consultation.
- Plusieurs étudiants ont demandé à bénéficier à nouveau de l'envoi de l'email avec le listing des médecins membres. Il est donc possible qu'une relance email aurait été souhaitable.
- Enfin, une demande d'un étudiant souhaitant une consultation avec un dermatologue nous est parvenue. Nous avons donc réexpliqué le parcours de soins coordonnés nécessitant le passage par un médecin généraliste à l'étudiant.

Conclusion

La création d'un réseau spécifique de soins ambulatoires pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale a été simple et peu coûteuse à mettre en place : les médecins sollicités ont participé volontiers au projet, un email a permis d'informer aisément la majorité des internes du réseau et une simple permanence par email a permis la gérance du réseau afin de faciliter le lien entre les internes et les membres du réseau.

Une large majorité des internes pense le réseau utile même s'il n'a permis qu'un nombre restreint de consultations en un peu moins d'un an.

De plus il existe encore une part importante des internes de médecine générale de Lorraine qui n'ont pas de suivi médical.

En accord avec la faculté et avec l'aide du syndicat des internes de médecine générale de Nancy, Le RAOUL, le réseau ASAP'IMG va perdurer et sera ouvert à l'ensemble des étudiants en médecine de Lorraine afin de promouvoir un suivi médical pour tous les étudiants.

Il serait intéressant dans le futur d'étudier si un suivi médical initié précocement chez les étudiants en médecine induit plus tard un meilleur suivi des médecins thésés durant leur vie.

Bibliographie

1. Thevenet M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île de France et le Languedoc Roussillon [Internet] [Thèse de Doctorat en Médecine, 2011] [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/thevenet_these.pdf
2. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la méréologie psychologique des internes [Internet] [Thèse de Doctorat en Médecine, 2009] [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://babordplus.u-bordeaux.fr/notice.php?q=id:832660>
3. Barbarin B. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2012, vol 23, n°101 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
4. Komly V, Le Tourneur A. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse de médecine, Grenoble 2011] [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>
5. enquete-sante-mentale-résultats-chiffres-clefs.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.internatlyon.org/wp-content/uploads/2017/06/enquete-sante-mentale-r%C3%A9sultats-chiffres-clefs.pdf>
6. Herault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon. [Thèse Médecine Angers 2012] [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/60635565-These-diplome-d-etat-de-docteur-en-medecine-julien-herault.html>
7. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? : enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers [Thèse Médecine Poitiers 2013] [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/24962>
8. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? [Thèse Médecine Amiens 2016] [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>
9. Le Quintrec T, Penneau-Fontbonne D, Garnier F, Fanello S. Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES) de médecine. Arch Mal Prof Environ. 1 sept 2013;74(4):369-79.
10. Mousnier-Lompre C. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. - CMGE -

UPMC [Internet]. 2015 [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article316>

11. Paillard M, Moret-Majoube L, Vanwassenhove L, Brutus L. La santé des internes nantais en médecine générale : observation des déterminants des pratiques d'autoprescription et d'automédication. [Thèse Médecine Nantes 2016] [Internet], [cité 18 août 2017]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=1>
12. Santé des étudiants et jeunes médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 16 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>
13. En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1006-2.pdf>
14. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

Annexes

1) Communications aux internes

- Email d'informations adressé aux internes :



« Bonjour,

Je vous présente **ASAP'IMG : Accès Soins Ambulatoire Pour les Internes de Médecine Générale**. En pratique, c'est quoi ? Ce sont des médecins généralistes, proches de vos lieux de stages partout en Lorraine, qui ont accepté de recevoir des internes en consultation comme patients.

Les membres du réseau, ce sont des médecins non universitaires, dont vous aurez directement le numéro de téléphone ou l'adresse email pour un accès direct, et qui ont des horaires vous permettant de consulter malgré vos stages. Finis les ECG dans le placard du service vite fait, les conseils sur les soins à faire sur ton psoriasis à ton chef et les avis gynéco à une copine qui connaît une interne de gynéco-obstétrique.

Comme un médecin traitant, ils répondent à vos problèmes de santé en général comme aux questions de prévention, ou peuvent réaliser un soutien psychologique, etc.. En bref, c'est un réseau de soins spécifique à nous les internes. Ces consultations seront accessibles toute l'année 2018.

Enfin, dans le cadre de ma thèse je récupérerai, anonymement bien sûr, les motifs qui vous ont amenés à consulter et vos impressions. Vous trouverez ci-joint la liste des médecins membres et leurs coordonnées. Pour toutes infos, ou questions, contacter nous par mail à asapimg.lorraine@gmail.com !

En espérant que tout cela vous soit utile à tous, Céline ANDRE, IMG. »

- Flyers distribués aux internes :

RESEAU ASAP'IMG

**ACCES SOINS AMBULATOIRES POUR
LES INTERNES**

OÙ?

Partout en Lorraine

A moins de 45 min de trajet de tous vos stages

**DES PRATICIENS FACILEMENT
ACCESSIBLES POUR PRENDRE SOIN DE
VOTRE SANTÉ**

POUR + INFOS :

ASAPIMG.LORRAINE@GMAIL.COM

**UNE LISTE VOUS SERA ENVOYÉE AVEC
LES COORDONNÉES DES PRATICIENS**



**BESOIN DE
CONSULTER ?**

**TU SAIS PAS
OÙ ALLER ?**

**POUR TOUS
LES
INTERNES
DE
MEDECINE
GENERALE**

2) Questionnaires aux internes

- Premier questionnaire de connaissances :



QUESTIONNAIRE AUX INTERNES

Mars-Avril 2018

Accès Soins Ambulatoires Pour les Internes de Médecine Générale.

Thèse : Mise en place et évaluation d'un accès aux soins réservé aux étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale de Lorraine.

- 1) Avez-vous entendu parlé du réseau ASAP'IMG ?
 - ☐ OUI
 - ☐ NON

- 2) Si oui, par quel moyen ?
 - ☐ Email du DMG
 - ☐ Site internet du Raoul
 - ☐ Flyers
 - ☐ Bouche à oreilles
 - ☐ Annonce en amphi

- 3) Si oui, pensez-vous cela utile pour les internes de médecine générale ?
 - ☐ OUI
 - ☐ NON

- 4) Avez-vous consulté ou avez-vous l'intention de consulter ?
 - ☐ OUI
 - ☐ NON

- 5) Si oui, pour quels motifs ?
 - ☐ Soutien psychologique
 - ☐ Vaccins
 - ☐ Consultation médecine générale
 - ☐ Dépistage
 - ☐ Suivi gynécologique
 - ☐ Sevrage tabac
 - ☐ Autres :



- 6) Si non, pourquoi ?
- Pas le temps
 - Pas besoin
 - Trop loin
 - Pas confiance en un autre médecin que moi
 - Autres :

Merci pour votre temps !

Pour toutes infos complémentaires ou questions, n'hésitez pas à m'écrire :

asaping.lorraine@gmail.com

- Deuxième questionnaire de satisfaction :



QUESTIONNAIRE AUX INTERNES
Septembre-Octobre 2018
Accès Soins Ambulatoires Pour les Internes de Médecine Générale.

Thèse : Mise en place et évaluation d'un accès aux soins réservé aux étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale de Lorraine.

- 1) Vous êtes :
 - ☐ HOMME
 - ☐ FEMME
 - ☐ AGE :
- 2) Avez-vous consulté un des membres du réseau ASAP'IMG ?
 - ☐ OUI
 - ☐ NON
- 3) Si non, pourquoi ?
 - ☐ Pas le temps
 - ☐ Pas besoin
 - ☐ Trop loin
 - ☐ Pas confiance en un autre médecin que moi
 - ☐ Autres :
- 4) Avez-vous consulté un autre médecin durant l'année 2018 ?
 - ☐ NON
 - ☐ OUI un médecin généraliste
 - ☐ OUI un médecin d'une autre spécialité
 - ☐ Autres :
- 5) Si vous avez consulté un des membres du réseau ASAP'IMG, avez-vous été satisfait ?
 - Du délai pour obtenir un rdv :
 - ☐ OUI
 - ☐ NON
 - De la distance à parcourir pour se rendre au rdv :
 - ☐ OUI
 - ☐ NON
- 6) Si vous avez consulté un des membres du réseau ASAP'IMG, pensez-vous le consulter à nouveau ?
 - ☐ OUI
 - ☐ NON

Merci pour votre temps !

3) Recommandations aux auteurs de la revue Exercer

Les modalités de rédaction selon les recommandations aux auteurs de la revue Exercer sont disponibles en ligne, sur : https://www.exercer.fr/recos_auteurs/

4) Revue narrative de la littérature : prérequis à la thèse



Céline ANDRE

Mémoire pour l'obtention du DES de Médecine Générale

Le recours aux soins des étudiants de médecine de 3^{ème} cycle en France : revue narrative de la littérature.

Travaux dirigés par Dr BERBE Cédric.



Table des matières

INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE	5
1) Critères de sélection et d'exclusion	5
2) Recherche bibliographique	5
a) BDSP	5
b) Pubmed	5
c) Sudoc	5
d) Dumas	6
e) Google Scholar	6
f) Cairn	6
3) Sélection des articles	7
4) Caractéristiques des articles inclus	8
RÉSULTATS	12
1) Le recours aux soins des internes	12
a) <i>Auprès du médecin traitant ou généraliste</i>	12
b) <i>Auprès de la médecine du travail</i>	15
c) <i>Auprès de la médecine universitaire</i>	19
d) <i>Utilisation des numéros d'appel spécialisés</i>	19
e) <i>Demande d'avis auprès d'un MSU, d'un co-interne ou d'un proche</i>	20
f) <i>Obtention d'un certificat médical</i>	21
g) <i>Pratique de l'autodiagnostic, l'auto-prescription et l'automédication</i>	21
h) <i>Suivi gynécologique</i>	24
i) <i>Suivi ophtalmologique</i>	25
2) Analyse des freins à la consultation	26
3) Propositions d'améliorations	29
DISCUSSION	32
1) Comparaison avec les médecins thésés	32
2) Comparaison avec la population générale	36
3) Comparaison avec l'étranger	37
4) Forces et limites de notre étude	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42

Listes des abréviations

- AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
- AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants
- AES : Accident d'Exposition au Sang
- AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
- ANEMF : Association Nationale des Etudiants de Médecine de France
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes
- ASSPC : Association Santé des Soignants en Poitou Charentes
- BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
- BDSP : Banque de Données de Santé Publique
- CFAR : Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DMG : Département de Médecine Générale
- DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoire après Soutenance
- FCV : Frottis Cervico-Utérin
- ISNI : Inter Syndicat National des Internes
- MOTS : Médecin Organisation Travail Santé
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- RPS : Risques Psycho-Sociaux
- SPS : Soins aux Professionnels de Santé
- SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Les étudiants en santé, notamment de 3^{ème} cycle, ont été mis en lumière dans les médias ces dernières années. Par exemple, au niveau européen il y a eu la réglementation du temps de travail à 48 heures par semaine établie en 2015 (1). Mais depuis, nombre d'enquêtes démontrent le non-respect de cette loi (2) et l'épuisement professionnel de beaucoup d'internes(3). Le mal être des internes, avec malheureusement des cas de suicide (4), a été médiatisé. Par la suite, des structures spécifiques d'aides et de soutien psychologique aux internes en détresse ont été mises en place.(5)

Cependant, peu de travaux portent sur la santé globale des étudiants en médecine.

Les étudiants en médecine, notamment du 3^{ème} cycle, sont une population particulière à étudier. En effet alors qu'ils sont encore en formation ils bénéficient déjà du droit de prescription, droit qui est peu encadré législativement (6) et mène à des facilités et à des raccourcis comme l'auto-prescription.

Comme tout médecins ils sont formés à prendre en charge du mieux qu'ils peuvent leurs patients, à reconnaître les symptômes, la maladie, la mort, alors qu'ils ne sont pas formés à se percevoir eux-mêmes comme patients et à prendre en charge leur propre santé.

Afin d'avoir une santé mentale équilibrée et de pouvoir prodiguer des soins au mieux, ne serait-il pas indispensable de s'occuper de soi et de sa santé physique également ?

Quelques internes se sont penchés sur l'état de santé de leurs confrères, ainsi que plusieurs grandes organisations comme le CNOM et l'ISNI.

A travers leurs travaux notre objectif est de cerner la manière dont les internes prennent soin de leur santé, c'est-à-dire de déterminer leurs recours aux soins primaires à travers les différents acteurs de soins à leur disposition.

De plus, nous analyserons les freins qui retiennent les internes à consulter et qui auront été soulevés dans ces différentes études.

Enfin, nous listerons les propositions d'améliorations découlant des conclusions de ces travaux.

Pour terminer, nous comparerons nos résultats avec ceux concernant les médecins thésés, les autres étudiants et la population générale du même âge ainsi qu'avec les autres pays.

MÉTHODOLOGIE

1) Critères de sélection et d'exclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient :

- Article disponible entier en ligne ou son résumé,
- Etude quantitative et qualitative,
- Texte officiel,
- Concernant les étudiants en médecine de 3^{ème} cycle et leur santé, notamment leur recours aux soins,
- Etudes françaises,
- Datant de l'année 2000 ou plus.

Les critères d'exclusion retenus étaient :

- Articles antérieurs à l'année 2000,
- Concernant un pays étranger,
- Article disponible uniquement en version papier,
- Ne concernant pas le recours aux soins des étudiants de médecine de 3^{ème} cycle.

2) Recherche bibliographique

Au total, six bases de données ont été interrogées.

La recherche documentaire s'est déroulée entre décembre 2018 et janvier 2019.

a) BDSP

La détermination des mots clés s'est faite à l'aide du thésaurus.

L'équation de recherche était : « Soins médicaux » ET « Internat » ET « Attitude » ET « France ».

Un travail de thèse correspondait à cette recherche.

b) Pubmed

La base de données Medline a été interrogée via le moteur de recherche Pubmed à l'aide de mots clés Mesh.

L'équation de recherche était: « Residents » OR « Internship » OR « Junior doctor » AND « Health ». 321 articles correspondaient à cette requête.

c) Sudoc

La base de données des travaux de thèses a été interrogée avec l'équation suivante : « internes médecine » ET « santé ». 579 travaux de thèses correspondaient à cette équation.

d) Dumas

Ce portail d'archives de mémoire a été interrogé avec une recherche simple : « Internes en médecine ».

252 articles correspondaient à cette recherche.

e) Google Scholar

La recherche avancée de ce moteur de recherche a été utilisée avec l'option Mots dans le titre et Tous les mots : « internes médecine » ET, Au moins un des mots : « Santé » OU « Suivi médical ». 46 articles ont été retrouvés.

f) Cairn

L'option recherche avancée a été utilisée avec les termes « internes en médecine » OU « Internat » ET « Santé » : 103 articles correspondaient à cette requête.

Ensuite, après lectures des textes sélectionnés et d'après leurs bibliographies, une deuxième inclusion a eu lieu de 5 nouvelles références.

3) Sélection des articles

L'ensemble des travaux retrouvés par la recherche bibliographique ont ensuite été étudiés afin de sélectionner uniquement les plus pertinents d'entre eux.

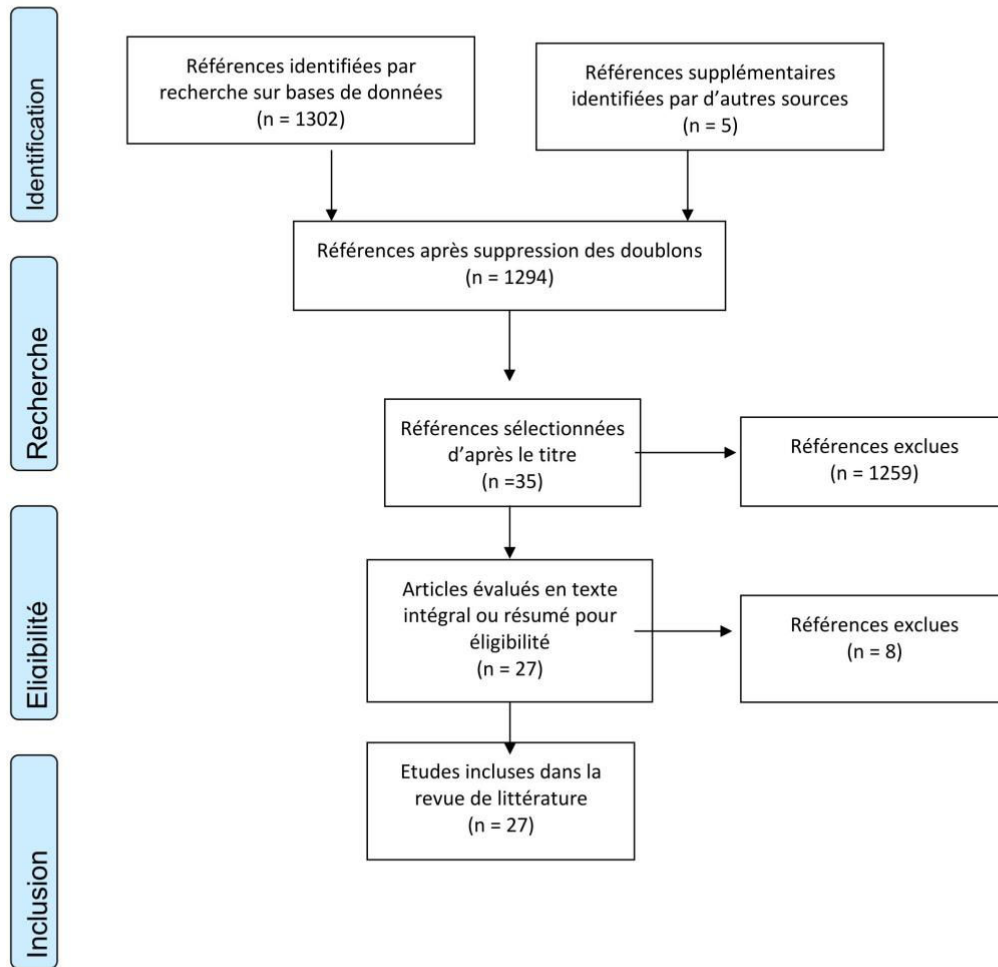


Figure 1 : diagramme de flux de la sélection des articles inclus dans l'étude.

4) Caractéristiques des articles inclus

Les différents travaux inclus dans notre étude seront présentés dans le tableau ci-dessous par ordre d'apparition dans la revue de bibliographie comme suit :

- Titre de l'étude,
- Nom et prénom du 1^{er} auteur,
- Date de publication,
- Localisation de l'étude,
- Type d'étude et nombre d'effectif de l'étude si possible.

Les 27 travaux inclus dans cette revue de la littérature ont été réalisés entre 2012 et 2018, en France exclusivement.

Titre de l'étude	1er auteur	Année	Localisation	Type d'étude N = effectif
Enquête santé mentale des jeunes médecins.	FUHRMAN Joseph (ISNI)	2017	France	Quantitative multicentrique par questionnaires en ligne. N = 21768
Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la faculté d'Angers.	LE QUINTREC Thibaud	2013	Angers	Thèse d'exercice quantitative transversale descriptive mono-centrique N = 119
Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ?	RIDET Olivia	2013	Poitiers	Thèse d'exercice quantitative transversale descriptive par questionnaires N = 128
L'état de santé physique et mentale des internes en médecine générale : état des lieux en Ile-de-France.	KOYADINOVITCH Clio	2014	Paris	Thèse d'exercice quantitative observationnelle transversale anonymisée auto-déclarative N = 279
Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ?	DELAHAYE Vincent	2015	Picardie	Thèse d'exercice quantitative épidémiologique descriptive N = 318

La santé des étudiants et jeunes médecins.	CNOM LE BRETON G. MOURGUES J.M	2016	France	Etude quantitative descriptive multicentrique N = 7858
Comment les internes en médecine générale de la faculté Paris-Sud prennent-ils en charge leur propre santé en 2015 ?	LE QUERE Camille	2017	Paris	Thèse d'exercice quantitative descriptive N = 124
Burnout des internes en médecine générale à Nice : évaluation de la connaissance et des freins au recours à la cellule de soutien SOS IHN.	FEDIDAH Anthony	2017	Nice	Thèse d'exercice quantitative épidémiologique mono-centrique déclarative par questionnaire. N = 137
Évaluation des besoins de suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen.	LINANT Marie	2018	Rouen	Thèse d'exercice qualitative N = 17 et quantitative transversale N = 166
État des lieux sur l'auto-prescription par les internes réunionnais au premier trimestre 2017.	DUCLOY Marie	2017	La Réunion	Thèse d'exercice quantitative épidémiologique observationnelle transversale N = 127
Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'auto-prescription ?	PRUD'HOMME Amélie RICHARD Anne	2013	Grenoble	Thèse d'exercice qualitative par entretiens semi-dirigés N = 15
Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique.	SCHRECK Claire	2013	Rennes	Thèse d'exercice quantitative descriptive mono-centrique par questionnaires N = 315
Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.	MOUSNIER-LOMPRE Cécile	2015	Paris	Thèse d'exercice quantitative descriptive par questionnaires N = inconnu

Ressenti et pratique des internes en médecine générale concernant la prise en charge de leur propre santé.	GOGNY- DELBROUQUE Caroline	2018	Lille	Thèse d'exercice qualitative par entretiens semi-dirigés N = 12
L'interne et sa santé.	PESCI Agathe PIPAUD Thomas	2018	Lyon	Thèse d'exercice qualitative par entretiens semi-dirigés N = 20
La santé des internes nantais en médecine générale : observation des déterminants des pratiques d'auto-prescriptions et d'automédication.	PAILLARD Marie	2016	Nantes	Thèse d'exercice qualitative par journal et entretiens N = 17
La vaccination antigrippale chez les internes de médecine générale. Une étude quantitative à la faculté de médecine de Lille.	RUTA Justine	2016	Lille	Thèse d'exercice quantitative épidémiologique descriptive par questionnaires N = 348
Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, odontologie et pharmacie.	DGOS	2015	France	Texte officiel
Risques psychosociaux des internes, chefs de cliniques et assistants (médecine, pharmacie et odontologie).	DGOS	2017	France	Texte officiel, recommandations.
Etat de santé et suivi médical des internes en Languedoc-Roussillon.	LACHENAL Jérémy	2017	Montpellier	Thèse d'exercice quantitative observationnelle transversale anonyme auto déclarative N = inconnu
Internes des hôpitaux et santé au travail : la visite initiale d'information et de prévention.	BELLUS Floriane	2018	Montpellier	Thèse d'exercice N = inconnu

État de la vaccination et de l'immunisation contre le virus de l'hépatite B des internes en santé au Centre hospitalier de Saint-Denis.	BUSON Marie	2016	Paris	Thèse d'exercice quantitative longitudinale mono-centrique observationnelle par questionnaires et recueil épidémiologique N = inconnu
Statut vaccinal des nouveaux internes de la faculté de médecine de Saint-Etienne en 2011.	BOURGEOIS Pauline	2012	Saint Etienne	Thèse d'exercice quantitative descriptive par questionnaires N = 128
Les habitudes de soins des internes de la région Champagne-Ardenne en 2012 toutes spécialités confondues.	DEFORGE Thomas	2012	Reims	Thèse d'exercice quantitative descriptive par questionnaires N = 347
La contraception des internes en médecine générale de la faculté de Lyon : une étude quantitative à partir de 363 questionnaires.	UBERA Manon	2017	Lyon	Thèse d'exercice quantitative descriptive transversale par questionnaires N = 363
Etat des lieux de la santé des internes en médecine et de leur suivi médical, étude de la connaissance des structures de soins dédiées aux médecins par les internes de médecine générale.	VRONSKY Vladimir	2018	Paris	Thèse d'exercice quantitative observationnelle descriptive par questionnaires N = inconnu
15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé.	Ministère des Solidarités et de la Santé	2018	France	Texte officiel, dossier de presse.

Tableau 1 : caractéristiques des articles inclus dans l'étude.

RÉSULTATS

1) Le recours aux soins des internes

Nous allons détailler ici :

- Les différentes pratiques des internes en rapport avec leur santé comme l'auto-prescription ;
- La manière dont les internes consultent les différents acteurs de santé, en fonction de la fréquence dont ils y ont recours mais également à travers leurs ressentis ;
- Et comment ils organisent leur suivi spécifique gynécologique par exemple.

a) Après du médecin traitant ou généraliste

Le médecin traitant, globalement déclaré par une majorité des internes.

Les taux de déclaration de médecin traitant par les internes varient d'une étude à une autre entre 50 % et 84,4 % (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) :

Auteur	Année	Lieu	Effectif	% déclaration médecin traitant
Le Quintrec	2013	Angers	119	71 %
Ridet	2013	Poitiers	128	84,4 %
Koyadinovitch	2014	Paris	279	76 %
Delahaye	2015	Amiens	318	76,4 %
CNOM	2016	National	7858	58 %
Le Quere	2017	Paris	124	50 %
Fedidah	2017	Nice	137	61,3 %
Linant	2018	Rouen	166	79 %

A noter cependant :

- Que celui-ci est un proche ou un membre de la famille de l'interne à 17,4 % dans une étude (8);

- Et dans une autre étude à La Réunion en 2017(15), c'était un proche dans près d'un tiers des cas (29,3 %), ou faisait partie du cercle de connaissance de l'interne dans plus de 80 % des cas.

Médecin traitant déclaré oui, mais peu consulté par les internes de médecine.

Les chiffres sont très parlants : l'interne consulte peu voire pas du tout son médecin traitant, ou même tout simplement un médecin généraliste :

- A Angers en 2013 (7), la moitié des internes n'avaient pas consulté de médecin généraliste en 3 ans d'internat. Il existait une différence significative entre hommes et femmes : seulement 36,2 % des hommes avaient consulté un médecin traitant contre 58,3 % des femmes internes interrogées. De plus, il existait encore une différence significative entre les internes de médecine générale et des autres spécialités : ceux-ci avaient déclaré moins souvent un médecin traitant et le consultaient encore plus rarement.
Enfin, quand un interne craignait de souffrir d'une pathologie grave, seulement 20,2 % consultaient un médecin généraliste et, en cas de pathologie bénigne suspectée, ce chiffre tombait à 1,7 % ;
- En 2013 également, à Poitiers(8), 39 % des internes avaient consulté un médecin : un tiers avaient consulté un médecin généraliste, qui était le médecin traitant pour seulement 9,8 % des consultations au total. Cependant les internes suivis pour une pathologie chronique déclaraient être suivis par un médecin en particulier à 63,2 %, et 75 % le consultait en cas de problème, et 25 % à titre systématique ;
- A Paris en 2014 (9) seulement 28 % des internes ont déclaré consulter leur médecin traitant lorsqu'ils avaient un problème de santé et 7 % un médecin généraliste non traitant ;
- En 2015 également, mais en Picardie (10), les chiffres sont encore faibles : 27,6 % des internes interrogés ont consulté ces 12 derniers mois ;
- Au niveau national en 2016 (11) on retrouve des chiffres similaires : seulement 27 % des internes avaient consulté un médecin généraliste sur les 12 derniers mois ;
- En 2017 à Paris(12), en cas de problème de santé le médecin traitant n'était jamais consulté par les internes hommes de l'étude, et à seulement 23% des femmes.

Des médecins traitants géographiquement distants...

- A Angers en 2013 (7), plus de 60 % des internes ayant un médecin traitant vivaient à plus de 30 kilomètres de son cabinet ;
- A Grenoble, en 2013 également, lors d'une étude qualitative, Prud'Homme et Richard (16) soulignaient cette contrainte géographique : « Le changement de stage et parfois de ville, chaque semestre, rendait difficile le suivi par un même médecin traitant ».

Le médecin traitant étant le coordinateur des soins, les internes manquent de suivi et ne respectent pas le parcours patient : ils consultent des spécialistes le plus souvent sans passer par lui en première intention.

- A Rennes en 2013, le travail de Schreck (17) étudiant 315 internes, ainsi qu'une étude en 2015 par Mousnier-Lompre sur les internes Parisiens (18), concluaient carrément à une absence de consultation du médecin traitant dans le parcours de soins de l'interne et un manque de suivi des pathologies chroniques ;
- En 2013, dans l'étude des internes Poitevins (8), les consultations auprès des spécialistes se faisaient toujours de manière directe sans voir le médecin traitant ou généraliste en premier ;
- En Picardie (10), 40,1 % des internes déclaraient consulter directement un spécialiste et seulement 39,6 % déclaraient passer par le médecin traitant dans le parcours de soins traditionnel. Parmi les spécialistes consultés, 17,1 % étaient un collègue de travail, 11,6 % un ami spécialiste, et 3,7 % un parent.
- A Lille en 2018 dans une étude qualitative (19) réalisée par Gogny-Delbrouque, les internes concèdent peu consulter un médecin généraliste, et mettent souvent en cause le manque de temps. Ils ne respectent généralement pas le parcours de soins et consultent directement des médecins spécialistes.

Pourtant, malgré ces chiffres uniformes qui démontrent le non recours au médecin généraliste, les internes pensent tout de même avoir besoin d'un médecin référent pour leur santé.

- 76, 5 % des internes interrogés à Angers en 2013 (7) pensent avoir besoin d'un médecin traitant ;
- En 2018 dans une étude quantitative (20) réalisée par Pesci et Pipard, les internes soulignent « l'importance d'avoir un médecin traitant et les difficultés à en trouver un qui leur convienne » ainsi que « l'importance d'avoir un dossier médical ». Ils jugent également nécessaire que la consultation se déroule sur un mode de décision médicale partagée et attendent une objectivité du praticien qui serait leur médecin traitant par rapport à leur propre statut de médecin ;
- En 2016 à Nantes dans l'étude de Paillard portant sur 17 internes (21), on retrouve les conclusions suivantes : les internes atteints de maladie chronique avaient le plus souvent un médecin traitant et effectuaient leur suivi avec lui en alternance avec les consultations spécialisées. Les autres ressentaient le besoin de consulter un médecin généraliste uniquement pour se rassurer et avoir un autre avis que le leur, ou pour la réalisation d'actes techniques qu'ils ne pouvaient pas réaliser seuls ;
- Enfin à Lille, Ruta J. interroge 348 internes sur leur statut vaccinal antigrippal en 2016 (22) et constate que 49 % des internes vaccinés ont été incités par leur médecin de famille à le faire.

Ceci montre que les internes estiment tout de même leur médecin de famille et reçoivent volontiers ses conseils.

b) Auprès de la médecine du travail

La médecine du travail a un rôle préventif mais pas que : c'est un service médical pour évaluer l'aptitude de l'interne, prendre en charge les risques psycho-sociaux relatifs à son activité et adapter son terrain de stage.

- Dans le « Guide relatif à la protection sociale des internes » (23) établi en 2015 par la DGOS, il est rappelé le statut de l'interne : c'est un agent public. A ce titre, la réglementation prévoit qu'il bénéficie d'un examen médical par le médecin du travail avant son premier stage, puis tous les ans. Cependant l'article R. 6153-7 du Code de la santé publique prévoit : « Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré

par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule. » Ce certificat se substitue à la visite initiale en médecine du travail, et peut être rédigé par n'importe quel médecin hospitalier. Dans les faits c'est bien souvent un ancien maître de stage ou un proche qui rédige ce certificat.

- Le « Guide des risques psychosociaux des internes » (24) également rédigé par la DGOS, en 2017, précise les rôles et missions de la médecine du travail :
 - Le suivi par la médecine du travail est complémentaire et ne se substitue pas à un suivi médical général ;
 - Le médecin du travail a la charge d'évaluer s'il existe une nécessité médicale à extraire un interne des contraintes psychosociales : il adapte si possible l'aménagement du stage évaluant le besoin d'un changement de stage éventuel, en collaboration avec l'ARS et l'université ;
 - Le médecin du travail réalise auprès de l'interne une visite de reprise après un arrêt maladie pour évaluer la possibilité de reprendre son poste en fonction de la persistance des contraintes dans le service ;
 - La médecine du travail peut également effectuer une enquête dans le service afin de mieux comprendre les causes d'un arrêt maladie et de dégager des pistes pour faire évoluer l'organisation du service.

Dans les faits, tous les internes ne rencontrent pas la médecine du travail pendant leur internat.

- En 2013 à Angers (7), 78 % des internes avaient vu au moins une fois la médecine du travail pendant leur internat : 5 % d'entre eux se sont présentés spontanément, 77 % ont reçu une convocation, 44 % s'y sont rendus après un AES. 23,5 % des internes n'auraient jamais été convoqués, et 14 % déclarent ne pas s'être présentés suite à une convocation ;
- Au niveau national, en 2016 (11) un tiers seulement des étudiants en médecine ont déclaré avoir rencontré la médecine du travail ces deux dernières années ;
- Et en 2017 dans l'enquête menée par l'ISNI (5) seulement 45,3 % des jeunes et futurs médecins avaient déjà vu un médecin du travail ;
- A Montpellier en 2017, dans ses travaux, Lachenal (25) conclut que les internes présentaient un désintérêt de leur suivi, qu'il était insuffisant tant sur le plan ambulatoire qu'en médecine du travail et, qu'enfin, la conduite de médecine préventive des internes était peu pratiquée.

- En 2018, ces mêmes internes (26) déclaraient que seulement un tiers d'entre eux se rendent au rendez-vous de visite initiale, par manque de temps ou d'intérêt ;
- A Rouen (14) 52 % des internes déclarent avoir rencontré la médecine du travail : 15 % ont consulté spontanément, 60 % ont été convoqués dont la quasi-totalité s'y est rendue (89 %) ;
- En 2018 à Lille (19) les internes déclaraient juger la médecine du travail peu contributive et y avoir peu recours ;
- En termes de vaccination, à Lille en 2016 (22) 76,7 % des internes déclaraient ne pas avoir bénéficié du passage de la médecine du travail sur leur lieu de stage, seulement 10 % d'entre eux disent avoir été sensibilisés par la médecine du travail sur la vaccination antigrippale et enfin 48 % ne seraient pas vaccinés contre la grippe car l'accès au vaccin serait difficile par l'intermédiaire de la médecine du travail ;
- Ce faible recours à la médecine du travail pour la vaccination par les internes se retrouve également à Paris, dans l'étude de Buson (27) qui n'a pu documenter via la médecine du travail le taux d'anticorps contre l'hépatite B, que pour uniquement 7 % des internes.

Le ressenti des internes par rapport à la médecine du travail : un manque de communication et une méconnaissance de ses missions.

Plusieurs travaux qualitatifs ont retranscrit les impressions des internes concernant la médecine du travail :

- A Paris (18), ainsi qu'à Rennes (17) les internes déclaraient avoir le sentiment d'un suivi insuffisant et d'un manque de moyens, ainsi que de consultations proposées ;
- A Lyon (20) les internes identifiaient la principale mission de la médecine du travail en tant que médecine préventive afin de vérifier leur aptitude à travailler, mais ils estimaient que le dépistage des troubles psychiques n'était pas assez approfondi.

De même les études quantitatives confirment les chiffres démontrant la vision négative des internes de la médecine du travail :

- A Rouen (14) les internes ont déclaré leur suivi par la médecine du travail :
 - Adapté à 25 % ;
 - Inexistant à 43 % ;
 - Non adapté à 21 %
 - Ne se sentent pas concernés à 11 %.

- A Paris (9), les internes pensaient à 85 % que la médecine du travail n'était pas en capacité de régler leurs problèmes liés au travail.

Cependant, les internes souhaiteraient vraiment bénéficier d'un suivi par la médecine du travail et la plupart serait favorable à la mise en place de consultations obligatoires.

- Bellus dans sa thèse (26) rappelle que l'interne notamment en hospitalier présente des risques professionnels divers notamment biologiques, chimiques, ionisants et psychosociaux : un suivi individuel renforcé en médecine préventive paraît donc nécessaire ;
- A Rouen (14), un tiers des internes déclarent qu'ils souhaiteraient pouvoir communiquer avec le médecin du travail des problèmes de dysfonctionnement dans leurs services afin qu'ils soient réglés ;
- Enfin à Lyon (20), les internes soulignent l'importance d'une consultation qui serait obligatoire en médecine du travail.

c) Auprès de la médecine universitaire

Le SUMPPS, une obligation pour chaque université.

Selon le code de l'éducation « Chaque Université propose un service de médecine préventive et de promotion de la santé qui doit effectuer un examen préventif intégrant une dimension médicale, psychologique et sociale au cours des trois premières années universitaires »

Le service de santé universitaire est donc une médecine à vocation principalement préventive : mais une seule consultation suffit-elle à promouvoir la santé ? De plus sa consultation devrait être systématique, cependant une disparité en France semble exister.

- A Saint Etienne en 2011 (28) 97 % des internes déclarent avoir rencontré la médecine universitaire. Cependant, les taux de couverture vaccinale des internes, notamment pour le ROR et la Coqueluche sont médiocres : respectivement 58 % et 27%.
- En comparaison, dans l'enquête nationale du CNOM (11) un tiers seulement des étudiants en médecine ont déclarés avoir rencontré la médecine universitaire ces deux dernières années.

- d) Utilisation des numéros d'appel spécialisés

Face aux cas de détresse psychologique, des structures et numéros d'appel ont été créés.

Tout d'abord, il existe des structures dédiées à l'ensemble des étudiants : les BAPU (29). Ce sont des centres de consultations qui prodiguent un soutien psychologique aux étudiants. Leurs équipes sont constituées d'un psychanalyste et d'une assistante sociale. Il n'en existe malheureusement pas dans toutes les régions. Ces centres sont accessibles aux internes mais ne leurs sont pas spécifiques.

Il existe en France des structures spécialisées créées par et pour les internes, les « SOS Internes ».

Il en existe dans plusieurs villes, selon l'ANEMF (5) :

- Bordeaux : SOS IBA 33 (Internes Bordelais et d'Aquitaine) – sos.iba33@gmail.com
- Caen : sos.internescaen@gmail.com.
- Grenoble : sos.intgre@gmail.com
- Marseille : SOS SAIHM (Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille) sos.saihm@gmail.com
- Montpellier : SOS SILR (Syndicat des Internes du Languedoc Roussillon) – sossilr@gmail.com
- Nancy : SOS AMIN (Association des Médecins Internes de Nancy) – sos@lamin.fr
- Nice : SOS IHN (Internat des Hôpitaux de Nice) – sos.ihn06@gmail.com
- Paris : SOS SIHP (Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris) – sossihp@gmail.com
- Rouen : sos.med.rouen@gmail.com
- Rennes : sos.intrennes@gmail.com

Ces structures sont en général gérées par des internes en psychiatrie qui évaluent le degré de détresse de l'interne et l'orientent vers un praticien ou une structure adaptée. Ces structures ont donc une vocation uniquement de soutien psychologique.

Nombreux sont les internes dans les études menées au niveau local (3) mais aussi national (5) qui se disent anxieux, parfois déprimés ou en situation d'épuisement professionnel. Paradoxalement, ils font peu appel aux structures d'aide psychologique.

- A Nice, un interne a évalué la structure en place (13) : en 2 ans, 8 personnes ont eu recours à SOS IHN. Cependant 29,3 % des internes niçois se disent en état d'épuisement professionnel. 25 % des internes n'ayant pas consulté déclarent qu'ils se sentaient coupables d'avoir recours à l'association pour leurs problèmes et qu'ils craignaient le non-respect du secret médical.
- Ce point est souligné dans le guide de prise en charge des risques psychosociaux des internes (24), où il transparaît que les internes pouvaient « ne pas toujours vouloir être pris en charge par d'éventuels collègues au sein d'une structure qui accueille parfois leurs propres patients. Cette réticence est prise en compte par les structures associatives qui répondent précisément au besoin d'anonymat ».

e) Demande d'avis auprès d'un MSU, d'un co-interne ou d'un proche

Faute de consulter un médecin généraliste suite à un problème de santé, les internes consultent parfois un maître de stage, demande avis à leurs collègues ou même un proche. Ce sont donc des consultations informelles, appelées « entre deux portes » et sont souvent dépourvues d'examen clinique.

- A Poitiers (8), les internes déclaraient consulter :
 - Dans 33,3 % des cas, un MSU,
 - Dans 19,6 % des cas, un médecin dans lequel l'interne effectue son stage,
 - Dans 16,6 % des cas, un proche.
 - Dans 64,7 % des cas, c'était une consultation normale,
 - Et à 35,3 %, la consultation était « entre deux portes ».
- A Paris (9) 10 % des internes avouaient demander un avis à un co-interne devant un problème de santé, et 15 % à un sénior ;
- Au niveau national (11), c'est 38 % des internes qui auraient consulté un collègue de travail, 32 % un membre de sa famille et 30 % un ami ;
- Enfin dans des études qualitatives à Lille (19), à Lyon (20) et à Nantes (21), les internes

déclarent facilement solliciter leurs co-internes pour un avis, utiliser une « entre-aide entre internes », ou s'orienter vers un des médecins encadrant leur stage. Ils appelaient cela des « consultations de couloirs » et seraient favorisées par le stage hospitalier. Les internes ont également pour habitude de solliciter leurs proches qui sont médecins, ainsi que les praticiens qu'ils connaissent par leur réseau professionnel.

f) Obtention d'un certificat médical

Un certificat médical est une formalité administrative courante aujourd'hui : pour une compétition ou une pratique sportive, prouver une aptitude professionnelle, etc... il nécessite cependant une consultation médicale avec un examen clinique, voire, pour certaines pratiques des examens complémentaires réguliers, ce que les internes ne font pas toujours.

- Par exemple à Angers (7), les internes interrogés ayant eu besoin d'un certificat médical déclarent :
 - Avoir consulté un médecin dans 14, 3 %,
 - Se l'être délivré eux-mêmes à 30 %,
 - Avoir demandé à un collègue de le réaliser « sur un coin de table » dans 55,7 % des cas ;
- En Picardie (10) et à La Réunion (15), il y a environ un tiers des internes qui déclarent se faire eux-mêmes leurs certificats médicaux : respectivement 32,4 % et 38,7 % ;
- Et enfin également à Paris (18), l'auto-prescription des certificats médicaux était une pratique courante des internes.

g) Pratique de l'autodiagnostic, l'auto-prescription et l'automédication

L'autodiagnostic que les internes pratiquent est difficilement quantifiable, alors que l'auto-prescription qui parfois en découle, est plus facilement déclarée.

Dans différents travaux de thèse étudiant cette pratique, on qualifie l'auto-prescription de « très fréquente » (12), ou encore de « largement répandue » (19) et on rapporte qu'elle était la méthode

de choix pour les internes afin de se soigner : « l'auto-prescription était la règle » (25), « prise en charge basée sur l'automédication » (17).

L'auto-prescription est donc fréquemment pratiquée par les internes : elle mène la plupart des cas à l'automédication. Les internes se prescrivent le plus souvent des médicaments face à une pathologie aiguë, mais également des renouvellements de traitement de fond.

Le pourcentage des internes pratiquant l'auto-prescription est très élevé toutes régions confondues :

- A Angers (7) 85 % des internes déclarent y avoir déjà eu recours : 43,7 % se seraient prescrit des AINS, 40,3 % des antibiotiques, 28,6 % des antalgiques de palier 2, 13,4 % des benzodiazépines et 10,1 % des hypnotiques ;
- A Paris (18), c'est 96 % des internes qui l'auraient déjà utilisée ;
- A Reims en 2012 (30), 95,4 % des internes y auraient recours et ils déclaraient que le moyen le plus facile d'automédication était la pharmacie hospitalière du service ;
- A Nantes (21), les internes déclarent que la pratique de l'auto-prescription était « facile » pour les « pathologies bénignes » afin de « constituer sa pharmacie à domicile ». Les médicaments les plus fréquemment auto-prescrits seraient les traitements symptomatiques comme le paracétamol et les traitements anti inflammatoires. De plus « le renouvellement d'un traitement de fond était très souvent pratiqué » ;
- A La Réunion (15) ce sont 92,1 % des internes interrogés qui utiliseraient l'auto-prescription : 87,1% pour des affections bénignes et 29,8 % pour le renouvellement d'un traitement de fond au long cours ;
- A Amiens (10), 96,2 % des internes pratiqueraient l'auto-prescription : une seule fois selon 9,2 %, 49,7 % entre une et 5 fois et 40,8 % plus de 5 fois. Les médicaments les plus prescrits étaient : les antalgiques de palier 1 (90,2 %), les AINS (56, 2%), les antibiotiques (46,7 %), les IPP (32,7 %), les antalgiques de palier 2 (28,1%) et les anxiolytiques (14,7%). Concernant l'auto-prescription d'un traitement de fond, les internes sont un peu moins nombreux à le faire : 76,7 % contre 17,8 % de renouvellement par le médecin traitant, 13 % par un spécialiste, et 6,2 % par un médecin du service ;
- Enfin à Poitiers (8) les chiffres sont similaires : seulement 10,5 % des internes déclarent ne pas pratiquer l'auto-prescription de traitement de fond, 31,6 % le font parfois, 26,3 %

souvent et 31,6 % toujours. Cette fois les médicaments les plus prescrits sont les antibiotiques, à 20,9 %, ensuite les AINS (11,6 %) puis les benzodiazépines et contraceptifs oraux (9,3 %).

Dans le cadre de l'autodiagnostic, les internes s'auto-prescrivent quasiment tous des médicaments mais certains s'auto-prescrivent également des examens complémentaires :

- Dans ses travaux Paillard (21) concluait « Pour confirmer leurs autodiagnosics, les internes prescrivaient leurs propres examens » ;
- Les biologies sont fréquemment auto-prescrites : dans une étude (7) 46,2 % des internes s'étaient déjà prescrit une biologie, 62,9 % dans une seconde (15) et 34,9 % dans une dernière (10) ;
- Les examens d'imagerie en revanche sont moins couramment auto-prescrits : 9,2 % à Angers (7), 28,2 % à La Réunion (15) et 12,3 % à Amiens (10).

Pourquoi l'auto-prescription est-elle aussi répandue parmi les internes ?

- Une étude qualitative à Lyon (20) met en avant que les internes pensaient être capable de s'auto-diagnostiquer et pensaient pouvoir prendre en charge eux-mêmes leur santé ;
- A Grenoble (16), les internes se justifient par la facilité d'accès aux médicaments, et par une réelle alternative à la consultation ;
- Enfin à Reims (30) les raisons invoquées par les internes sont également dues à l'impression de capacités médicales suffisantes, à la facilité, et par manque de temps qui apparaît comme un facteur d'auto-prescription.

Les internes ne sont pas pour autant inconscients des risques de l'auto-prescriptions et la critique facilement. D'autant qu'il existe un doute parmi les internes sur la légitimité de leurs ordonnances.

- A travers des entretiens réalisés auprès d'internes concernant leurs pratiques, on retrouve la crainte des internes de l'auto-prescription : le « manque d'objectivité » (16) est redouté

et les « limites de l'auto-examen » (20) ne sont pas niées. Ils admettent que cela participe à « une négligence de leur propre santé, avec un retard diagnostique et thérapeutique » (30) et certains la qualifiaient même comme « néfaste » (21).

- En chiffres (15) : 74,6 % pensaient qu'elle était source de retard diagnostique, 56,3 % pensaient que l'auto-prescription pouvait être « source de complications iatrogènes », 56,8 % la percevait comme une « mauvaise prise en charge » et 46,8 % percevaient l'auto-prescription comme dangereuse.
- Le fait est que, à Paris en 2014 (9), 40 % des internes ayant un problème de santé ne consultaient personne...

h) Suivi gynécologique

La plupart des jeunes femmes qui sont internes en médecine ont généralement plus de 25 ans, elles sont donc soumises au dépistage du cancer de l'utérus par FCV. De plus elles ont recours à des moyens de contraception : elles nécessitent donc un suivi gynécologique.

- Les internes suivent pour la plupart les recommandations et ont un FCV qui datent de moins de 3 ans : c'est le cas pour 74 % d'entre elles à Paris(9), 81,9 % à Angers (7), 76% à Amiens (10), et 73,3 % à Poitiers (8) ;
- Selon un travail de Ubera à Lyon sur 363 internes féminines à Lyon (31), afin de réaliser des actes techniques comme ce FCV ou la pose de dispositifs intra-utérins et d'implants, les internes se tournent vers le gynécologue à 57,7 %, ou vers un médecin généraliste non traitant à 15,4%, puis vers un ou une co-interne à 13,5 % et enfin vers le médecin traitant uniquement dans 5,8 % des cas ;
- Ce travail met en lumière également l'auto-prescription de contraception orale, pratique prédominante chez les internes, surtout si c'est un renouvellement de prescription à 46,3%. Ce chiffre est bien moindre pour l'initiation du traitement (4,6 %), les jeunes femmes s'adressant encore une fois au gynécologue majoritairement pour débiter un nouveau mode de contraception (54,2 %) ou au médecin traitant à 29,2 % ;
- Le constat d'un taux élevé d'auto-prescription de contraception n'est pas isolé, il est confirmé dans d'autres études : à Nantes on conclut que « la pilule était le plus souvent renouvelée par l'interne elle-même » (21) et cette pratique était déclarée comme utilisée le plus souvent à 53% et parfois à 16 % par les internes d'Amiens (10).

i) Suivi ophtalmologique

Les internes vont-ils régulièrement chez l'ophtalmologue en visite de suivi ou se renouvellent-ils eux-mêmes leurs corrections ?

Paradoxalement les internes paraissent réaliser un suivi régulier chez l'ophtalmologue :

- « 32.1% des internes avaient consulté un ophtalmologue dans l'année, 39.3% entre 1 et 3 ans, 25.8% plus de 3 ans » (10) ;

Mais semblent tout de même s'auto-prescrire des corrections optiques (7) :

- 72,3 % des internes possèdent une correction optique par lunettes ou lentilles : 30,2 % se les renouvellent eux-mêmes ou par un collègue, et 69,8 % par un ophtalmologue.

2) Analyse des freins à la consultation

Dans cette partie nous avons recueilli et synthétisé les différentes raisons invoquées par les internes motivant l'absence de consultation.

Le manque de temps : le motif le plus fréquemment avancé par les internes.

Enormément de travaux rapportent que les internes ne pensent pas avoir le temps de consulter (24) (8) : au niveau national ils sont 41 % des internes à le ressentir (11), et dans certaines régions ce taux s'élève à 75 % (14). Cette impression relative de manque de temps s'explique également par les horaires d'ouvertures habituelles d'un cabinet de ville, perçues comme inadaptées par rapport à leur planning professionnel (16) (21) (12). Il existe également une gêne des internes à s'absenter de leur travail pour consulter (19) : ils avaient l'impression que leur absence serait mal acceptée par leurs supérieurs (20).

L'instabilité géographique des internes, amenés à changer de terrain de stage tous les six mois, est également un frein à un suivi régulier.

Nous l'avons déjà abordé plus haut : si un médecin traitant est déclaré par un interne, il exerce le plus souvent loin de celui-ci et l'interne le consulte donc peu. Il existe alors un « nomadisme médical » de l'interne (21), dû au changement de site de l'interne avec absence de médecin référent (24). Dans une étude, ce sont 38 % des internes qui n'auraient pas déclaré de médecin traitant du fait de déménagements trop fréquents pendant l'internat (8).

Comme vu précédemment, il est fréquent que les internes se prennent eux-mêmes en charge : certains ne ressentent donc pas le besoin de consulter.

Au niveau national, ce sont 39 % des étudiants de médecine qui déclarent ne pas ressentir le besoin de consulter (11), ils estiment à 33 % ne pas avoir de problème de santé nécessitant une consultation (8). Certains travaux évoquent des raisons plus personnelles comme le recours à l'automédication accompagnée d'un sentiment fort d'être capable de pouvoir se prendre en charge

seul (24) (8). Il est également rapporté par les internes une volonté de garder le contrôle de sa propre santé et d'ainsi éviter une consultation (16).

Le problème de fond est que les internes ont du mal à se percevoir eux-mêmes comme un patient (19), cela implique « une perte de leur statut social assimilée à une perte d'identité » (16) : 47 % des internes ont déclaré trouver difficile ou très difficile de passer du statut de médecin à patient (7).

Cette mentalité est d'autant renforcée que l'interne a la possibilité, la facilité même, de se prendre en charge soi-même : 15 % des étudiants en santé français ont répondu se prendre en charge seuls (11).

Cette mauvaise perception de soi en tant que patient, mène les internes à avoir honte (24) (19) de ne pas pouvoir se prendre en charge eux-mêmes : ils redoutent le jugement de leurs pairs (21) (16) (20).

En ayant recours à un confrère lors d'une consultation, les internes craignent la remise en question de leurs compétences en tant que médecin (16). Egalement, ils se culpabilisent et redoutent de déranger le médecin consulté (20) : 45,8 % des internes de médecine générale déclarent se sentir gênés à consulter un confrère (7). Certains médecins que des internes avaient consulté les auraient même inciter à se prendre en charge seul (20).

La crainte que leur statut de médecin ne fausse la relation médecin-patient existe : les internes éprouveraient une méfiance à se laisser prendre en charge par un confrère.

Tout d'abord beaucoup redoutaient un manque de confidentialité à consulter un confrère et craignaient que leur avenir professionnel soit compromis si certains problèmes de santé étaient révélés (16) (24).

13 % des internes déclaraient se sentir réticent à se confier à un autre médecin (14), ils éprouvaient des difficultés à leur à faire confiance (21) et étaient inquiets par rapport à la qualité des soins qu'ils pourraient recevoir (24).

Le culte du médecin jamais malade (20), induit chez les internes une méconnaissance sur leurs possibilités de recours aux soins en tant que patients.

Une étude récente (32) parmi les internes parisiens a révélé que « 83% d'entre eux n'ont jamais entendu parler des structures de soins spécialisés ce qui montre un manque d'information important ».

3) Propositions d'améliorations

Dans cette partie nous avons recueilli et synthétisé les différentes propositions évoquées par les internes afin d'améliorer leur prise en charge et leur suivi médical.

Un premier contact pour favoriser un suivi : une visite « réellement » obligatoire.

Comme cité auparavant, la visite initiale en médecine du travail est remplacée pour les internes par l'établissement d'un certificat d'aptitude délivré par un praticien hospitalier. Sa réalisation est bien souvent dépourvue d'examen clinique ou même tout simplement d'une consultation.

Beaucoup d'internes regrettent de ne pas bénéficier d'au moins une visite médicale initiale obligatoire (19) (18) (8) (12), voire annuelle (11) : dans une étude (14) 30 % des internes étaient favorables à la réalisation d'une vraie évaluation d'aptitude initiale et 39 % souhaiteraient un suivi médical régulier. Le caractère obligatoire renforcerait l'adhésion des internes et permettrait également de dégager un temps dédié à celle-ci dans le planning de l'interne : 67 % des internes étaient pour l'obligation de consultation (14) (17).

Une proposition est controversée : interdire ou dérembourser l'auto-prescription favoriserait-il le recours à un confrère par les internes ?

Quelques études évoquent l'interdiction stricte de l'auto-prescription (10) (19). En chiffre, on retrouve dans une autre étude (15) que 83,3 % des internes interrogés seraient favorables à l'interdiction de l'auto-prescription pour certains médicaments potentiellement iatrogènes mais 87,3 % seraient défavorables à un déremboursement des auto-prescriptions. Cela tend donc à un meilleur contrôle de l'auto-prescription, sans la « délégaliser ».

La santé des médecins est encore parfois taboue. Afin de changer leurs pratiques, il paraît donc essentiel de décomplexer la communication à ce sujet en réalisant des campagnes de sensibilisation et en éduquant les étudiants en médecine le plus tôt possible à prendre soin de leur santé.

Certains proposent des campagnes de sensibilisation auprès des étudiants de santé (19) (20) et

en font un enjeu de santé publique (26). Par exemple, dans une étude (32) 87% des internes interrogés auraient souhaité être sensibilisés à la prévention de leur santé à la journée d'accueil du DMG. Enfin, il est même proposé d'intégrer au cursus universitaire des étudiants en médecine, des enseignements sur la prise en charge de leur propre santé (20) afin « d'apprendre à devenir patient » (8).

Afin de prendre en charge sa santé correctement, un acteur de soin à privilégier : le médecin traitant.

D'après les études sur la santé des internes, une consultation régulière chez le médecin généraliste semblait être nécessaire (16). Il était donc proposé d'informer sur la nécessité d'avoir un médecin traitant, et d'encourager les étudiants en médecine à en rechercher un dès l'externat (20) : pas un médecin traitant qui serait déclaré dans un but purement administratif, mais un réel médecin de famille (21).

De plus, 66,7 % des internes étaient favorables à l'interdiction de se choisir eux-mêmes comme médecin traitant (15).

En complément, un suivi renforcé en médecine du travail afin de prévenir les RPS des internes serait idéal.

De nombreux travaux mentionnent l'importance d'un suivi de leur santé au travail : il nécessite d'être amélioré (10) par la qualité du contenu mais également le mode de recours au service de médecine du travail :

- Des mesures imposées par l'employeur (27), c'est-à-dire des contacts obligatoires avec la médecine du travail par exemple à chaque changement de stages (24) (5);
- 52 % des internes souhaitaient une consultation annuelle avec la médecine du travail, 42% aimeraient que ces consultations se déroulent sur leur lieu de stage, 35 % dans le service de médecine du travail et 13 % à la faculté (14) ;
- Les internes attendaient que le contenu de la visite soit davantage adapté, axé sur la recherche individuelle de facteur de risques et prévention des RPS, comme l'immunisation

- vaccinale (26) des internes ou une évaluation du risque infectieux ;
- 81 % des internes souhaitaient également que la médecine du travail réalise une écoute et un dépistage précoce du burn-out, 58 % une évaluation de leur bien-être au travail et 31 % un dépistage et une prévention des troubles du sommeil (14);
 - Enfin une attention particulière devrait être apportée aux internes enceintes afin de prévenir les RPS (14) (5).

Enfin la création de structures spécialisées ou d'associations, dédiées aux internes, avec des professionnels formés à prendre en charge des soignants en tant que patients, a été suggérée.

Tout d'abord la création de groupes de soutien psychologique a été suggérée (12), puis, des groupes de pairs à l'hôpital afin d'échanger entre étudiants a été proposé par Marisol Touraine en 2016 (33), ou des programmes d'aide aux soignants (8).

Le ministère de la santé, dans un de ces rapports, a proposé la création d'un « PASS Santé » doté d'un réseau de soins aux soignants et un accès facilité aux soins en libéral (34).

De nombreux auteurs ont conclu leurs travaux sur la santé des internes par ce type de propositions : la création d'une « association » accessible aux médecins (14), un « service de médecine dédiée aux médecins » (15), ou encore une « structure de soins spécialement dédiée aux professionnels de soins » (10), ou d'un « réseau de soin adapté à leur spécificité » (24).

Afin de pouvoir prendre en charge de manière spécifique ces jeunes médecins, il a été créé des enseignements afin d'apprendre à certains soignants les particularités (21) du médecin malade car il n'est pas un « patient ordinaire » .

DISCUSSION

1) Comparaison avec les médecins thésés

Globalement, les médecins généralistes prennent en charge leur santé comme les internes : par eux-mêmes.

Tout d'abord, les médecins généralistes s'auto-déclarent en tant que médecin traitant.

En fonction des études, souvent régionales, au cours de ces quinze dernières années, on retrouve une auto-déclaration en tant que médecin traitant chez 62 à 86 % des médecins généralistes (35) (36).

Dans une étude auprès des médecins généralistes de notre département (37) 69,7 % des médecins s'étaient auto-déclarés leur médecin traitant et 21,5 % n'en avaient déclaré aucun. Cependant c'est près de 95 % d'entre eux qui déclaraient se prendre eux-mêmes en charge.

Dans une autre enquête (38), 70 % s'étaient déclarés être leur propre médecin traitant mais 37 % atteints de pathologies chroniques faisaient eux même leur suivi.

Dans une étude concernant les médecins remplaçants cette fois (39), ceux-ci s'auto-déclaraient moins comme médecin traitant (seulement 23 %) mais près de 80 % déclaraient se prendre quand même seul en charge.

Comme les internes, même les médecins généralistes ayant déclaré un médecin traitant ne le consulte pas forcément. La pratique de l'auto-prescription dans les chiffres retrouvés est, semble-t-il, encore plus présente avec les années.

Les médecins généralistes reconnaissaient « négliger leur suivi et pratiquent régulièrement l'auto-prescription »(40), et ils déclaraient avoir recours « en priorité à leurs propres soins bien qu'ils estiment être de mauvais médecins pour eux-mêmes »(41).

En Loire Atlantique en 2016 (38), ce sont 93 % des médecins généralistes qui pratiqueraient l'auto-prescription. Le problème de l'automédication qui en découle est le retard diagnostique qu'elle peut engendrer en masquant certains symptômes et provoquant in fine, un retard de prise en charge et une perte de chance pour le praticien (42).

Comme Rousseau l'explicite dans son travail (43), le « médecin malade n'est pas objectif » et a tendance à basculer dans le déni de ses symptômes.

Le fait est que, le médecin généraliste tout comme nous l'avons vu pour l'interne, a du mal à consulter un confrère et à se positionner comme patient dans une relation médecin-malade.

Selon le rapport de l'Ordre, « le médecin malade » (42) : « le médecin minimise volontairement, par rapport à ses confrères, les signes cliniques et les éléments pathologiques ressentis ». Pour le médecin sollicité, s'occuper d'un de ses confrères peut être délicat, car « la prise en charge d'un confrère reste pour un praticien extrêmement difficile et demande une grande vigilance et un bon sens pour amener ce médecin malade à réellement transmettre toutes les informations à son confrère traitant. »

Dans de nombreux travaux, la spécificité du « patient médecin » est rapportée. Ils étaient qualifiés de « négligents » par rapport à leur prise en charge et auraient une « impression de toute-puissance » (44). Ce « médecin malade » a des connaissances par rapport à un patient traditionnel et cela complique sa prise en charge car « le médecin ne peut s'empêcher d'analyser sa maladie et perturber en les influençant les procédures de prise en charge. » (42)

Enfin il est fréquemment souligné, tout comme les internes, que les médecins généralistes ressentaient également la « peur du jugement et le sentiment d'illégitimité de la consultation » (44) ainsi que la peur du non-respect du secret médical et des conséquences qu'une maladie aurait sur sa carrière (43).

Nous avons ici principalement parlé de nos confrères médecins généralistes libéraux, cependant les mêmes constats ont été retrouvés chez les médecins spécialistes hospitaliers (45).

Face à ces médecins négligeant leur propre bien-être, des associations leurs étant dédiées ont vu le jour. Elles ont pour principale vocation le soutien psychologique et la prise en charge de l'épuisement professionnel.

Ces structures offrent en général une permanence téléphonique. Une fois le premier contact établi, le médecin est orienté pour une prise en charge par l'équipe de l'association. Ce mode de

fonctionnement est assez similaire avec les associations d'aides aux internes, mais souvent à une plus grande échelle.

Voici une liste non-exhaustive des principales associations et structures que les médecins peuvent contacter en cas de nécessité d'une écoute ou d'une aide psychologique :

- L'association MOTS, née à Toulouse, et présente dans huit régions françaises à ce jour(46) comme l'antenne Normande soutenue par l'URML de Normandie, il propose un « PASS » : Programme Aide Solidarité Soignants (47) ;
- Le réseau ASRA, en Rhône-Alpes (48) ;
- L'association SPS, avec des structures relais dans toute la France (49) ;
- L'entre aide ordinale, avec demande à réaliser par email, pour difficultés psychologiques mais aussi sociale ou financière (50) ;
- L'association AAPML pour les médecins libéraux (51) ;
- L'association AAPMS (52) ;
- L'association ASSPC en Poitou-Charentes (53) ;
- L'association ARENE dans la Région Grand-Est (54) ;
- Le Groupe Pasteur Mutualité propose également une prévention et une prise en charge des soignants en burn-out (55).

Une campagne de sensibilisation des médecins afin qu'ils prennent en charge leur santé « Dis doc, t'as ton doc ? » a été réalisée par le CFAR en 2017 (56). Un début pour modifier le comportement des médecins ?

Enfin, la plupart des enquêtes (41) (42) (38) concluent que des structures spécifiques en médecine préventive et prodiguant un suivi médical seraient l'idéal afin de prendre en charge la santé des médecins.

Quelques expériences ont déjà été menées :

- IMHOTEP : un service de médecine préventive pour les médecins normands (57). Malheureusement l'organisation n'existe plus aujourd'hui ;
- INTERMED : un service de suivi médical en Languedoc Roussillon, ouverte à tous les médecins, généralistes comme spécialistes et même aux internes (58) qui découle du

travail de thèse de Prouvost A. (59);

- D'autres ont tenté de déterminer avec les médecins quels types de consultations pourraient leur convenir : « un réseau de médecine préventive de soignants de soignant » (60) ;
- Le Conseil de l'Ordre de Paris a mis en place des consultations de médecine préventive dédiées aux médecins libéraux inscrits à l'Ordre de Paris (61).

Enfin en 2015, le Ministère de la Santé a créé un groupe de travail « Prendre soin de ceux qui soigne » (62) à destination des praticiens libéraux et son rapport précise une éventuelle création de consultation à l'Assurance Maladie : « un accès facilité aux centres d'exams de santé de l'assurance maladie de Bretagne et du Vaucluse a déjà été mis en place. Il offre un numéro unique, des plages horaires de rendez-vous adaptées, un examen de santé complet et gratuit, en toute confidentialité, pour les médecins du territoire. L'Assurance Maladie étudiera les modalités pour que cette initiative puisse être étendue à d'autres territoires et aux autres catégories de professionnels de santé, en incluant le dépistage des signes de surmenage professionnel. »

Enfin, pour pouvoir prendre en charge correctement les praticiens via ces structures, certaines formations existent afin d'apprendre les subtilités du médecin malade (63).

Des structures existent donc pour les médecins. A quand l'ensemble de ces programmes disponibles également aux internes et même aux externes ?

2) Comparaison avec la population générale

En comparaison avec la population générale de leur âge : les internes consultent beaucoup moins souvent que les autres.

Pour rappel, certaines enquêtes sur les internes ont révélé qu'en moyenne la moitié d'entre eux ne consultaient pas en un an, voire sur plusieurs années.

En comparaison, les jeunes français consultaient volontiers en premier recours le médecin généraliste et plus souvent : « Au cours des douze derniers mois, 8 jeunes sur 10 (79,2 %) de 15 à 30 ans ont consulté au moins une fois un médecin généraliste » (64).

Si l'on s'intéresse plus précisément aux étudiants en général, il existe des similitudes avec les internes selon une enquête LMDE (65).

- La médecine universitaire : peu rencontrée par les étudiants. Seulement 35 % des étudiants déclaraient avoir réalisé la visite médicale préventive depuis leur entrée dans le supérieur ;
- L'automédication : a été déclarée par les étudiants à 79 % ;
- Le renoncement aux soins : « plus du tiers des étudiants (35%) déclarent avoir renoncé à consulter un médecin au cours de l'année par manque de temps, préférant l'automédication, n'ayant pas trouvé un médecin qui pouvait les recevoir ou pour raisons financières. »

Cependant, les étudiants en général, consultent tout de même bien plus souvent un médecin que les internes : 90 % ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste au cours de l'année.

3) Comparaison avec l'étranger

En Angleterre :

Une étude londonienne (66) montre que le problème de l'automédication et de la prise en charge par l'étudiant lui-même était également présent chez les étudiants en médecine anglais :

- 99 % des étudiants avaient un médecin traitant déclaré ;
- Dans l'année, 43 % avaient consulté un médecin qui était un ami ou un proche,
- 25 % ont été examinés par un collègue ;
- Ils avaient contacté directement un spécialiste, obtenu des prescriptions par un ami ou réalisé eux-mêmes des investigations médicales ;
- Plus de la moitié d'entre eux trouvaient normal de prendre eux-mêmes leur santé en charge et 39 % trouvaient légitime l'auto-prescription.

De plus, l'université de Londres a créé une formation en médecine du travail afin d'enseigner les subtilités de la prise en charge en tant que patient des soignants (67).

En Norvège :

Deux enquêtes nationales sur l'auto-prescription en Norvège (68) (69) ont été réalisées, et affichent également des taux élevés de recours à celle-ci par les internes :

- 90 % des internes ayant nécessité la prise de médicaments soumis à prescription se l'auto-prescrivent dans une étude, tandis que 75 % avouent avoir eu recours à l'auto-prescription ces 3 dernières années dans la seconde ;
- Les 4 types de médicaments les plus prescrits étaient dans l'ordre décroissant les antibiotiques, les contraceptifs, les antalgiques et les hypnotiques ;
- 13 % ont révélé avoir eu une expérience négative dans les suites d'une auto-prescription.

Aux Etats-Unis :

Une étude à Baltimore (70), démontre que les internes en médecine américains ne prenaient pas le temps de se soigner comme ils le devaient :

- Deux tiers d'entre eux ont déclaré avoir déjà raté un rendez-vous médical à cause de leur travail en tant qu'internes ;
- Seulement la moitié des internes avaient un médecin traitant ;
- 70 % pensaient que la négligence de leur état de santé a pu retentir sur la qualité de leur travail.

En Virginie, une étude a évalué la mise en place d'une cellule de dépistage et d'aide psychologique (71) ainsi qu'une seconde en Caroline du Sud (72) afin d'améliorer le bien-être des internes. Malgré les efforts pour la promotion de ce genre de structure, les internes seraient encore réticents à aller consulter et parler de leurs problèmes. Pourtant les internes étaient favorables à ce genre de programme et des bénéfices ont été mis en lumière comme une amélioration de l'anxiété et des troubles du sommeil.

En Egypte :

L'automédication des étudiants égyptiens a été étudiée dans une enquête par questionnaires (73). Cette étude met en lumière une automédication importante parmi les étudiants en médecine, et une liberté prise face aux prescriptions faites par d'autres médecins :

- 55 % ont déclaré avoir déjà eu recours à l'automédication ;
- 87,2 % auraient pris des antalgiques, 58,8 % des antibiotiques, 54,4 % des vitamines, et 12 % des sédatifs ;
- 63,3 % avaient déclaré arrêter de prendre des médicaments avant la fin du traitement prescrit s'ils se sentaient mieux ;
- 13,6 % répétaient le même traitement qui leur avait été prescrit sans consulter à nouveau ;
- 60 % augmentaient les doses par rapport à la prescription, sans avis extérieur.

Aux Pays-Bas :

Une enquête dans une grande université auprès des externes et des internes hollandais (74) rapporte qu'ils avaient pour habitude d'avoir recours à l'auto-prescription et à l'automédication et que cela s'intensifiait avec les années d'études.

En Australie :

L'association des médecins australiens a publié en 2011 un rapport concernant la santé et le bien-être des médecins et futurs médecins (75). Ils proposent notamment :

- Que l'on encourage les étudiants en médecine à prendre un médecin traitant mais aussi les médecins installés et leurs familles ;
- D'éviter de prendre en charge sa propre santé ou celles de leurs familles ;
- De se responsabiliser afin d'assurer une bonne prise en charge de leur santé, d'avoir une bonne hygiène de vie et d'avoir une assurance santé en cas de maladie ;
- Que le secret médical devrait leur être garanti lors de leurs consultations pour leur propre santé et qu'aucun confrère ne devrait être jugé s'il souffrait d'une quelconque pathologie ;
- Que chaque confrère devrait intervenir pour aider un médecin qu'il aurait estimé en avoir besoin et de lui prodiguer des soins comme n'importe quel autre patient ;
- De proposer des enseignements aux étudiants en médecine concernant la gestion du stress ;
- De rendre accessible des soins de qualité et confidentiels ;
- D'établir des groupes de pairs afin d'effectuer des débriefings ;
- D'encourager la recherche afin d'améliorer la santé des médecins et futurs médecins.

En Chine :

En 2003 une cohorte réalisée à Hong Kong étudiant plus de 4000 médecins (76), montre que la culture de l'auto-prescription et de l'automédication existe tout autant en Asie qu'en France.

- Deux tiers des médecins auraient déclaré s'occuper eux même de leurs problèmes de santé et s'auto-prescrivaient leurs médicaments ;
- 70 % ne ressentaient pas le besoin d'avoir leur propre médecin traitant.

4) Forces et limites de notre étude

Forces :

- Etude regroupant les travaux français relatifs aux recours aux soins des étudiants en médecine, notamment du 3^{ème} cycle ;
- Plusieurs axes ont été étudiés : les acteurs de santé consultés, mais aussi la pratique de l'auto-prescription, et les freins identifiés à la consultation ;
- Dégagement de propositions d'améliorations concrètes.

Limites :

- Littérature papier exclue ;
 - Certaines études ne disposaient en accès libre que de leur résumé.
- Notre étude n'est donc pas exhaustive, certaines données sont manquantes.

- Etudes à l'échelle nationale rare ;
- Etudes régionales avec parfois un effectif faible ou inconnu d'après les données disponibles.

Notre étude manque donc de puissance au niveau statistique.

CONCLUSION

Les internes en médecine sont une population particulière du fait de leur triple statut : ils sont médecins, agents de la fonction publique et également étudiants.

De manière générale, ils s'occupent seuls de leur santé et reconnaissent être négligents de leur suivi médical.

Ils rencontrent assez peu la médecine du travail ou universitaire, et réalisent peu d'actes de prévention vis-à-vis des risques psycho-sociaux auxquels ils sont soumis.

Ils ont quasi systématiquement recours à l'auto-prescription et à l'automédication.

Ils respectent peu le parcours de soins d'un patient conventionnel : le médecin traitant est rarement sollicité et les spécialistes rencontrés directement.

Tout comme leurs homologues plus âgés, les internes ont une impression de toute-puissance face à la prise en charge de leur santé.

Dès les études de médecine, les internes ne savent plus se positionner en tant que patient dans une relation médecin-malade. C'est alors que le recours à un confrère est perçu comme gênant, voire honteux.

Déjà inculqué aux futurs médecins, le sujet du médecin malade est tabou. Des campagnes de sensibilisation et des programmes nationaux ont pourtant déjà tenté d'en décomplexer le débat.

Les internes ne sont donc pas des patients ordinaires et nécessitent une prise en charge spécifique.

Plusieurs axes de travail afin d'améliorer leur prise en charge médicale sont envisageables.

Tout d'abord il serait important qu'ils bénéficient d'un suivi systématique par la médecine du travail, voire régulier, et peut-être même obligatoire.

Enfin des consultations dédiées aux professionnels de santé, préventives mais aussi psychosomatiques, seraient idéales.

Des formations existent déjà pour appréhender les spécificités de prise en charge des médecins en tant que patients. Une nouvelle spécialité de « médecins de médecins » verra-t-elle le jour ?

Car au final, un médecin en meilleure santé, est le garant de patients mieux pris en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. [Internet] [cité le 22 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&categorieLien=id>
2. Temps de travail « à rallonge » des internes : l'ISNI réclame les plages additionnelles [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/04/17/temps-de-travail-rallonge-des-internes-lisni-reclame-les-plages-additionnelles_857118
3. Barbarin B. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale [Internet]. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2012 [cité 7 août 2018]. Disponible sur : <https://www.exercer.fr>
4. Cinq suicides depuis janvier : les internes réclament des mesures en urgence pour améliorer leurs conditions de travail [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/10/cinq-suicides-depuis-janvier-les-internes-reclament-des-mesures-en-urgence-pour-ameliorer-leurs-conditions-de-travail_847361
5. FUHRMAN J. Enquête santé mentale des jeunes médecins [Internet]. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2017 [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>
6. Code de la santé publique Statut des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000022911367&idSectionTA=LEGISCTA000006196816&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130911>
7. Le Quintrec T. Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES) de médecine. [Thèse de médecine, Angers 2013] | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur : http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=internat%20ET%20soins%20m%E9dicaux%20ET%20attitude%20ET%20france&_sort=auto&_start=1
8. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Enquête menée auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Poitiers [Thèse de médecine, Poitiers 2013] [Internet]. [cité 24 déc 2018]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/9c2e791a-c7b4-4245-981e-6eabab92c9f9>
9. Koyadinovitch C. L'état de santé physique et mentale des internes en médecine générale : état des lieux en Ile-de-France [Thèse de médecine, Paris 2014] [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0648335.pdf>

10. Delahaye V. Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ? [Thèse de médecine, Amiens 2015] [Internet]. [cité 24 déc 2018] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288422/document>
11. sante_et_jeunes_medecins.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
12. Le Quere C. Comment les internes en médecine générale de la faculté Paris-Sud prennent-ils leur propre santé en 2015 ? [Thèse médecine, Paris 2017] [Internet] [cité 24 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/200065424>
13. Fedidah A. Burnout des internes en médecine générale à Nice : évaluation de la connaissance et des freins au recours à la cellule de soutien SOS IHN. [Thèse médecine, Nice 2017] [Internet] [cité 27 déc 2018] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01696173/document>
14. Linant M. Évaluation des besoins de suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen. [Thèse médecine, Rouen 2018] [Internet] [cité 19 déc 2018] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760256/document>
15. Ducloy M. État des lieux sur l'auto-prescription par les internes réunionnais au premier trimestre 2017. [Thèse médecine, La Réunion 2017] [Internet] [cité 27 déc 2018] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01779824/document>
16. Prud'Homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Étude qualitative. [Thèse médecine, Grenoble 2013] [Internet] [cité 27 déc 2018] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00859879/document>
17. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique [Internet] [Thèse médecine, Rennes 2013] [cité 23 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/168447169>
18. Mousnier-Lompre C. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie [Internet] [Thèse médecine, Paris 2015] [cité 23 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/200784099>
19. Gogny-Delbrouque C. Ressenti et pratique des internes en médecine générale concernant la prise en charge de leur propre santé. Etude qualitative auprès d'internes de médecine générale. [Internet] [Thèse médecine, Lille 2018] [cité 23 déc 2018]. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c6ae1833-ccf1-433f-9d00-0b65a9b720a2>
20. Pesci A, Pipard T. L'interne et sa santé [Internet]. [Thèse médecine, Lyon 2018]. [cité 24 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/230630804>
21. Paillard M. La santé des internes nantais en médecine générale : observation des déterminants des pratiques d'auto-prescriptions et d'automédication. [Thèse médecine, Nantes 2016] [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=6b1a7aa1-fde0-4913-a172-4cb0f0e70e5c>

22. Ruta J. La vaccination antigrippale chez les internes de médecine générale. Une étude quantitative à la faculté de médecine de Lille. [Thèse médecine, Lille 2016] [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/77cb5211-48c4-4682-bdc6-2c65bb7e856f>
23. Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, odontologie et pharmacie [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_protection_sociale_internes_medecine_-_odontologie_-_pharmacie_-_040615-2.pdf
24. Risques psychosociaux des internes, chefs de cliniques et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
25. Lachenal J, Coue E. Etat de santé et suivi médical des internes en Languedoc-Roussillon. [Thèse médecine, Montpellier 2017] [Internet]. [cité 23 déc 2018] Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/203768213>
26. Bellus F, Lesage F-X. Internes des hôpitaux et santé au travail : la visite initiale d'information et de prévention. [Thèse médecine, Montpellier 2018] [Internet]. [cité 23 déc 2018] Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/231677480>
27. Buson M. État de la vaccination et de l'immunisation contre le virus de l'hépatite B des internes en santé au Centre hospitalier de Saint-Denis (93) [Thèse médecine, Paris 2016] [Internet] [cité 23 déc 2018] Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/195803523>
28. Bourgeois P. Statut vaccinal des nouveaux internes de la faculté de médecine de Saint-Etienne en 2011 [Internet] [Thèse médecine, Saint-Etienne 2012] [cité 23 déc 2018] Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/165809205>
29. Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) : Tous les établissements de type Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/bureau-d-aide-psychologique-universitaire--b-a-p-u---221.html>
30. Deforge T. Les habitudes de soins des internes de la région Champagne-Ardenne en 2012 toutes spécialités confondues. [Internet] [Thèse médecine, Reims 2012] [cité 24 déc 2018] Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/166273627>
31. Uberta M. La contraception des internes en médecine générale de la faculté de Lyon : une étude quantitative à partir de 363 questionnaires. [Thèse médecine, Lyon 2017] [Internet] [cité 23 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/224507613>
32. Vronsky V. Etat des lieux de la santé des internes en médecine et de leur suivi médical, étude de la connaissance des structures de soins dédiées aux médecins par les internes de médecine générale [Internet] [Thèse médecine, Paris 2018] [cité 23 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/231349033>
33. Graveleau S. 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété. [Internet] [cité 3 janv 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html

34. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_dossier_de_presse_-_bien-etre_sante_des_etudiants.pdf
35. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français. A partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Internet] [Thèse médecine, Toulouse 2014] [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/>
36. Joseph J, Bertrand D, Demeaux J. Le généraliste et son médecin traitant : critères de choix et représentations [Internet]. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2011 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/95/supp/1/page/20/>
37. Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. [Internet] [Thèse médecine, Nancy 2006] [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733142/document>
38. Sauvegrain L. Enquete sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire Atlantique [Internet] [Thèse médecine, Nantes 2016] [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=1e316a4d-f95b-4982-9c25-8671e82811b7>
39. Braka-Cohen V. Les médecins généralistes remplaçants généralistes d'Ile de France : profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfactions. [Thèse médecine, Paris 2010] [Internet] [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3518_THESE-BRAKA.pdf
40. François T. Auto-prescription médicamenteuse chez les médecins : étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 11 médecins généralistes breilliens. [Thèse médecine, Rennes 2017] [Internet] [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-9455&printable=true>
41. Chapusot-Filipozzi J. ATTITUDE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE VIS-A-VIS DE LA PRISE EN CHARGE DE SA SANTÉ : Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. [Thèse médecine, Nancy 2012] [Internet] [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_CHAPUSOT_FILIPOZZI_JULIE.pdf
42. Leriche B. Le médecin malade. [Internet] [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
43. Rousseau E. Le médecin généraliste ne consulte par un confrère pour le suivi de sa santé : explication par une étude qualitative. [Internet] [Thèse médecine, Reims 2011] [cité 30 déc 2018] Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/156223236>
44. Brunie B, Renoux C. Le médecin-patient et sa santé : quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients ? : enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire. [Thèse médecine, Tours 2013] [Internet] [cité 15 janv 2019] Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrunieBeatrice.pdf

45. Abou Rais K. Comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à un problème de santé ? [Thèse médecine, Lille 2015] [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2d216b50-e3ac-4a1c-b0e8-26f856bda95e>
46. Cinq points clés sur l'Association MOTS, à Toulouse, Montpellier [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.association-mots.org/points-cles/>
47. SANTÉ DES MÉDECINS [Internet]. URML Normandie. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.urml-normandie.org/en-action/sante-des-medecins/>
48. Réseau ASRA [Internet] [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <http://reseau-asra.fr/fonctionnement/>
49. HOME2018 asso SPS [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.asso-sps.fr/>
50. Entraide | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/entraide-1243>
51. ASSOCIATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE & MEDECINS LIBERAUX [Internet] [cité 18 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.aapml.fr/>
52. AAPMS | Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants - 0800 800 854 [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.aapms.fr/>
53. Coordonnées Santé des Soignants Poitou-Charentes - ASSPC. [Internet] [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <http://associationsantedessoignantspc.jimdo.com/coordonnées/>
54. Arene | Cromalsace [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.cromalsace.fr/arene/>
55. La souffrance du soignant - Accueil [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.souffrancedusoignant.fr/>
56. CFAR. La campagne « Dis Doc, t'as ton doc ? » fête son 1er anniversaire ! [Internet]. CFAR. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <https://cfar.org/la-campagne-dis-doc-tas-ton-doc-fete-son-1er-anniversaire/>
57. imhotep : association médecine préventive [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur : <http://imhotepn.blogspot.com/>
58. Association INTERMED – SILR [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.silr.fr/help-je-me-sens-mal/association-intermed/>
59. Prouvost A. Modélisation, organisation et évaluation qualitative de consultations médicales dédiées aux médecins : création et suivi de l'association INTER.MED [Internet] [Thèse médecine, Montpellier 2016] [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/19969298X>
60. Fouad Ihsani. Quelles consultations de prévention pour un réseau de soignants de soignant ? : une recherche qualitative par Focus Group. [Thèse médecine, Poitiers 2014] [Internet] [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/36882>

61. Consultation de prévention | Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.conseil75.ordre.medecin.fr/content/consultation-de-pr%C3%A9vention-0>
62. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui soignent - Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf
63. Université Paris Diderot | Formation | DIU Soigner les soignants : spécificités et ressources [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur : <https://formation.univ-paris-diderot.fr/formations/diu-soigner-les-soignants-specificites-et-ressources>
64. Les comportements de santé des jeunes - Analyse du baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>
65. LMDE. Etat de santé des étudiants en France - Premiers résultats de l'Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants 2014 [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.lmde.fr/documents/20184/1997318/ense-4.pdf/5affe802-08a2-429d-8b60-044c3302419e>
66. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill : how medical students access health care. *Med Educ.* juin 2005;39(6):588-93.
67. Health for Health Professionals [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.fom.ac.uk/professional-development/health-for-health-professionals>
68. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 21 oct 2005;3:16.
69. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health.* 1 avr 2002;30(2):125-32.
70. Personal health care of internal medicine residents [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/jchimp.v1i4.8864>
71. Sofka S, Grey C, Lurfald N, Davisson L, Howsare J. Implementing a Universal Well-Being Assessment to Mitigate Barriers to Resident Utilization of Mental Health Resources. *J Grad Med Educ.* févr 2018;10(1):63-6.
72. Spiotta AM, Fargen KM, Patel S, Larrew T, Turner RD. Impact of a Residency-Integrated Wellness Program on Resident Mental Health, Sleepiness, and Quality of Life. *Neurosurgery.* 30 août 2018;84(2):341-342
73. El Ezz NFA, Ez-Elarab HS. Knowledge, attitude and practice of medical students towards self medication at Ain Shams University, Egypt. *J Prev Med Hyg.* déc 2011;52(4):196-200.

74. Van der Veer T, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Health behaviors, care needs and attitudes towards self-prescription: a cross-sectional survey among Dutch medical students. *PLoS One*. 2011;6(11):e28038.
75. Health and wellbeing of doctors and medical students - 2011 [Internet]. Australian Medical Association. 2011 [cité 15 janv 2019]. Disponible sur : <https://ama.com.au/position-statement/health-and-wellbeing-doctors-and-medical-students-2011>
76. Chen JY, Tse EYY, Lam TP, Li DKT, Chao DVK, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health*. 28 mai 2008;8:183.

5) Permis d'imprimer

VU

NANCY, le **02 février 2019**

Le Président de Thèse

NANCY, le **05 février 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10609

NANCY, le **07 février 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé

Contexte : Les étudiants de troisième cycle de médecine générale prennent fréquemment seuls en charge leur santé et ont peu de suivi médical.

Objectifs : L'objectif principal était de quantifier la fréquence de consultations de médecine générale via un accès spécifique pour les internes de médecine générale de Lorraine. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le recours et les besoins en soins primaires de l'échantillon étudié.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale monocentrique quantitative anonymisée par questionnaire en subdivision Lorraine en 2018. Les internes de médecine générale des trois années de DES étaient invités à répondre au premier questionnaire, seuls les étudiants de deuxième et troisième années au second questionnaire.

Le critère de jugement principal était le nombre de consultations réalisées par recours au réseau spécifique de soins ambulatoires créé pour un accès facilité aux étudiants du DES de médecine générale.

Résultats : Deux consultations ont été réalisées via le réseau : deux femmes, une à Nancy, une à Metz. L'analyse des 178 répondants au premier questionnaire montrait une connaissance du réseau par 62 % d'entre eux et une intention de consulter pour 26%. Le réseau était qualifié d'utile par 76 %. Pour les 158 répondants au second questionnaire, on dénombrait 69,6 % de femmes. L'âge moyen des répondants était de 26, 2 ans. 49 % déclaraient n'avoir consulté aucun médecin dans les mois précédents leur réponse, 30 % auraient consulté un médecin généraliste et 25 % un autre spécialiste.

Conclusion : Cette étude a montré qu'un réseau de soins ambulatoires pour les étudiants de troisième cycle en médecine générale était jugé utile, simple. Sa mise en place est apparue peu coûteuse. Près de la moitié des internes de médecine générale de Lorraine n'ont pas de suivi médical. Ce réseau a donc le projet de se poursuivre et d'être ouvert à l'ensemble des étudiants en médecine afin de promouvoir et faciliter le suivi médical pour tous étudiants de médecine. Il conviendrait d'en évaluer régulièrement l'impact auprès de la population cible.

Title : Settle down and assessment of a specific access to healthcare for the general medicine residents of Lorraine.

DES de Médecine Générale, 2019.

Mots clés MESH : Internes en médecine, soins de santé primaires, consultation médicale.

UNIVERSITE DE LORRAINE, Faculté de Médecine, 9 avenue de la Forêt de Haye, 54505 VANDŒUVRE-LES-NANCY Cedex